

Editor :
Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

Media
Sains
Indonesia



ILMU KEPERAWATAN JIWA DAN KOMUNITAS

Ns. Yosef Andrian Beo, M.Kep
dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ
Ns. I Dewa Gede Candra Dharma, S.Kep., M.Kep
Ahmad Guntur Alfianto, S. Kep., Ners, M. Kep.
Dr. Ira Kusumawaty, SKp., MKes., MPH
Ns. Yunike S.Kep., M.Kes
Ns. Angelina Roida Eka, M.Kep., Sp.Kep.J
Sri Endriyani, S.Kep, Ners, M.Kep
Leya Indah Permatasari, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.
Any Zahrotul Widniah, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Claudia Fariday Dewi, M.Kep
Elmi Nuryati, M.Epid
Ns Nurul Faidah, S. Kep., M. Kes
Ns. Ni Wayan Suniyadewi, S. Kep., M. Kes
Sri Martini S.Pd., SKp, M.Kes
Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep



BOOK CHAPTER

**ILMU KEPERAWATAN JIWA
DAN KOMUNITAS**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

ILMU KEPERAWATAN JIWA DAN KOMUNITAS

Ns. Yosef Andrian Beo, M.Kep
dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ

Ns. I Dewa Gede Candra Dharma, S.Kep., M.Kep
Ahmad Guntur Alfianto, S. Kep., Ners, M. Kep.

Dr. Ira Kusumawaty, SKp., MKes., MPH

Ns. Yunike S.Kep., M.Kes

Ns. Angelina Roida Eka, M.Kep., Sp.Kep.J
Sri Endriyani, S.Kep, Ners, M.Kep

Leya Indah Permatasari, S.Kep., Ns., M.Kep

Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.

Any Zahrotul Widniah, S.Kep., Ns., M.Kep

Ns. Claudia Fariday Dewi, M.Kep

Elmi Nuryati, M.Epid

Ns Nurul Faidah, S. Kep., M. Kes

Ns. Ni Wayan Suniyadewi, S. Kep., M. Kes

Sri Martini S.Pd., SKp, M.Kes

Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep

Editor:

Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.penerbit.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2022

ILMU KEPERAWATAN JIWA DAN KOMUNITAS

Ns. Yosef Andrian Beo, M.Kep
dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ
Ns. I Dewa Gede Candra Dharma, S.Kep., M.Kep
Ahmad Guntur Alfianto, S. Kep., Ners, M. Kep.
Dr. Ira Kusumawaty, SKp., MKes., MPH
Ns. Yunike S.Kep., M.Kes
Ns. Angelina Roida Eka, M.Kep., Sp.Kep.J
Sri Endriyani, S.Kep, Ners, M.Kep
Leya Indah Permatasari, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.
Any Zahrotul Widniah, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Claudia Fariday Dewi, M.Kep
Elmi Nuryati, M.Epid
Ns Nurul Faidah, S. Kep., M. Kes
Ns. Ni Wayan Suniyadewi, S. Kep., M. Kes
Sri Martini S.Pd., SKp, M.Kes
Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep

Editor :

Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

Tata Letak :

Mega Restiana Zendrato

Desain Cover :

Rintho R. Rerung

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

vi, 287

ISBN :

978-623-362-332-2

Terbit Pada :

Januari 2022

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis
Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.penerbit.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Book cahpter ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Ilmu Keperawatan Jiwa dan Komunitas.

Sistematika buku Ilmu Keperawatan Jiwa dan Komunitas ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan book chapter ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai insiator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 10 Desember 2021
Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
1 TREN ISU DAN KONSEP KEPERAWATAN JIWA	1
Tren dan Isu Keperawatan Jiwa	1
Konsep Keperawatan Jiwa	9
2 PENGGOLONGAN GANGGUAN JIWA DI INDONESIA	19
Pendahuluan	19
Klasifikasi Gangguan Jiwa	20
Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa	22
3 PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN JIWA DI INDONESIA	35
Perkembangan Pelayanan Kesehatan Jiwa di Dunia.....	35
Perkembangan Pelayanan Kesehatan Jiwa di Indonesia.....	36
Pelayanan Kesehatan Jiwa di Indonesia.....	37
CLMHN (<i>Consultation Liasion Mental Health Nursing</i>)	40
CMHN (<i>Community Mental Health Nursing</i>).....	41
DKJPS (Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial)	45
4 TERAPI MODALITAS DAN TERAPI JIWA	51
Pengertian Terapi Modalitas.....	51
Tujuan Terapi Modalitas	52

	Peran Perawat dalam Memberikan Terapi Modalitas	53
	Jenis Terapi Modalitas dalam Keperawatan Jiwa.....	53
5	KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA.....	65
	Pendahuluan	65
	Pentingnya Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan Jiwa	66
	Implementasi Komunikasi Terapeutik Bagi ODGJ dan Strategi Peningkatan Pelaksanaannya	70
	Kesimpulan.....	75
6	ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN KELOMPOK KHUSUS : AUTISME PADA ANAK.....	83
	Pendahuluan	83
	Metode.....	86
	Hasil dan Pembahasan	88
	Kesimpulan.....	95
7	ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL	101
	Pendahuluan	101
	Karakteristik Klien dengan Masalah Psikososial ...	103
	Pengkajian Klien dengan Masalah Psikososial.....	104
	Diagnosa.....	107
	Intervensi.....	109
8	ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN BERBAGAI GANGGUAN JIWA.....	121
	Harga Diri Rendah	121
	Isolasi Sosial	124

	Risiko Perilaku Kekerasan	128
	Halusinasi	131
	Defisit Perawatan Diri	133
9	TREND, ISSUE DAN KONSEP KEPERAWATAN KOMUNITAS	141
	Trend dan Issue Keperawatan Komunitas	141
	Konsep Komunitas.....	143
	Konsep Keperawatan Komunitas.....	144
	Falsafah Keperawatan Komunitas.....	144
	Tujuan Keperawatan Komunitas.....	146
	Area Praktik Keperawatan Komunitas.....	147
	Sasaran Keperawatan Komunitas	149
	Prinsip Pemberian Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas.....	151
10	ETIKA, NILAI DAN PARADIGMA KEPERAWATAN KOMUNITAS	155
	Etika dalam Keperawatan Komunitas	155
	Macam-Macam Etika	156
	Prinsip Etika Keperawatan Komunitas.....	157
	Kode Etik Keperawatan, Prinsip dan Fungsi Kode Etik	159
	Nilai dalam Keperawatan	162
	Paradigma Keperawatan Komunitas	162
11	KONSEPTUAL MODEL KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN PROMOSI KESEHATAN.....	171
	Konsep Model Keperawatan Komunitas	171
	Konsep Model Promosi Kesehatan Nola J. Pender	181

12	PERAN DAN FUNGSI PERAWAT DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS	187
	Peran Perawat Komunitas	187
	Fungsi Perawat Komunitas	199
13	TREND ISSU, KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA DAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	205
	Pengertian Trend dan Issue	205
	Konsep Keperawatan Keluarga.....	207
	Asuhan Keperawatan Keluarga	212
14	TREN ISU KEPERAWATAN GERONTIK DAN KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK...	225
	Tren Isu Gangguan Kualitas Tidur Lansia.....	225
	Parameter Pengukuran Kualitas Tidur	226
	Penyebab Gangguan Kualitas Tidur	226
	Tanda dan Gejala Penurunan Kualilitas Tidur	228
	Penatalaksanaan dalam Meningkatkan Kualitas Tidur Lansia	229
	Trend dan Isu Penatalaksanaan Kualitas Tidur Dengan Tehnik Pijat Tengkok Menggunakan Virgin Coconut Oil	230
	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Gangguan Kualitas Tidur Dengan Intervensi Terapi Komplementer Pijat Tengkok Menggunakan Virgin Coconut Oil (VCO)	231
15	PROSES PENERAPAN ASUHAN KOMUNITAS DALAM PEMBELAJARAN LAPANGAN	239
	Konsep dan Tujuan Keperawatan Komunitas.....	239
	Teori Model Keperawatan Komunitas	241

	Proses Asuhan Keperawatan Komunitas di Lapangan Berdasarkan MODEL COMMUNITY AS PARTNER.....	243
	Contoh Penerapan Kasus Asuhan Keperawatan Komunitas di Lapangan Berdasarkan SDKI, SIKI dan SLKI.....	249
16	DUKUNGAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL (DKJPS)	255
	Pengertian	255
	Tatakelola Penyelenggaraan Layanan Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial	256
	Pengorganisasian Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS)	263
	Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Masa Pandemi Covid	264
	Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Orang Sehat Masa Pandemi Covid	264
	Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Orang dalam Pemantauan (ODP)	267
	Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Anak dan Remaja.....	268
17	DOKUMENTASI KEPERAWATAN JIWA DAN UU KESEHATAN JIWA.....	273
	Dokumentasi Keperawatan Jiwa.....	273
	Undang - Undang Kesehatan Jiwa	282

TREN ISU DAN KONSEP KEPERAWATAN JIWA

Ns. Yosef Andrian Beo, M.Kep

UNIKA Santu Paulus Ruteng

Tren dan Isu Keperawatan Jiwa

Semakin berkembangnya zaman beserta tuntutan penyesuaian diri terhadap perubahan zaman membuat manusia sangat rentan menghadapi kompleksitas permasalahan. Ketidakmampuan manusia mengatasi permasalahan yang timbul dapat mengganggu kesehatan jiwa. Tren dan Isu keperawatan jiwa yang muncul dalam beberapa tahun terakhir akan menggambarkan bagaimana masalah kesehatan jiwa sangat perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan, salah satunya perawat. Dalam Bab ini penulis akan menggambarkan masalah – masalah kesehatan jiwa yang menjadi tren dalam beberapa tahun terakhir dan diperkirakan akan menjadi masalah kesehatan jiwa yang terus berkembang dalam beberapa tahun kedepan. WHO memperkirakan terdapat 970 juta orang di seluruh dunia memiliki gangguan mental pada tahun 2017 dengan estimasi 1 diantara 7 orang memiliki satu atau lebih gangguan mental. Penderita gangguan kecemasan mencapai 286 juta jiwa, penderita depresi mencapai 264 juta jiwa dan penderita skizofrenia sebesar 20 juta jiwa di seluruh dunia (WHO, 2018).

Di Indonesia, prevalensi skizofrenia atau gangguan psikosis berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2018, didapatkan angka yang cukup

signifikan yaitu sebesar 7% dari jumlah penduduk Indonesia. Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk dengan usia 15 tahun keatas adalah 9.8% dari jumlah penduduk Indonesia. Prevalansi depresi pada penduduk dengan usia 15 tahun keatas adalah 6.1 % penduduk Indonesia dimana hanya 9% dari total penderita depresi yang menjalani pengobatan medis. Tingginya angka prevalansi akan gangguan mental menuntut perawat jiwa untuk memahami kecenderungan atau tren, isu dan kebijakan terkait kesehatan jiwa sehingga perawat jiwa siap terhadap berbagai perubahan yang terjadi dalam ranah kesehatan mental.

Beberapa Tren dan Isu yang menjadi fokus perhatian dalam Keperawatan Jiwa dalam beberapa Tahun terakhir, antara lain:

1. Peningkatan Masalah Psikososial akibat Pandemi Covid-19.

Salah satu kecenderungan isu atau tren yang terjadi pada keperawatan jiwa saat ini adalah terjadinya perubahan perilaku sebagai akibat dari situasi pandemi Covid-19 yang menjadi pemicu timbulnya masalah kesehatan Jiwa. Situasi Pandemi Covid-19 sangat berdampak pada kehidupan manusia. Masalah kesehatan jiwa diprediksikan akan menjadi masalah kesehatan utama yang perlu mendapat perhatian khusus dari berbagai pihak. Beberapa permasalahan yang timbul akibat pandemi Covid-19, antara lain:

- a. Kecemasan dalam menggunakan layanan Rumah Sakit

Kekhawatiran masyarakat akan tertularnya Covid-19 di Rumah Sakit membuat berkurangnya akses ke Rumah Sakit. Masalah kecemasan ini perlu menjadi perhatian perawat jiwa agar dapat memberikan edukasi yang tepat untuk mengurangi kecemasan masyarakat dalam menggunakan layanan kesehatan.

b. Stres akibat perubahan status ekonomi

Masalah yang paling banyak dilaporkan akibat pandemi adalah masalah ekonomi. Banyak masyarakat yang kehilangan pekerjaan dan kesulitan mengatur keuangan sebagai akibat adanya pembatasan aktivitas yang dilakukan selama pandemi. Timbulnya permasalahan ekonomi menyebabkan stres meningkat dan banyak hasil penelitian yang melaporkan manusia menjadi lebih rentan mengalami depresi akibat perubahan status ekonomi.

c. Stres akibat perubahan aktivitas sosial

Selain masalah ekonomi, pembatasan aktivitas selama pandemi sangat mempengaruhi proses interaksi antar manusia. Banyak proses yang harus dilakukan secara dalam jaringan (daring) seperti kegiatan belajar – mengajar maupun aktivitas pekerjaan yang membuat adanya perubahan gaya hidup bagi masyarakat. Manusia yang tidak dapat beradaptasi dengan perubahan kebiasaan baru ini sangat beresiko untuk mengalami stres selama pandemi.

2. Peningkatan Penggunaan NAPZA

Tren kedua adalah peningkatan penggunaan NAPZA. Data menunjukkan bahwa terdapat 71 juta jiwa di dunia menggunakan obatan-obatan terlarang dimana angka ini merupakan peningkatan 4% dari tahun sebelumnya (WHO, 2018). Sementara di Indonesia, BNN menemukan angka penyalahgunaan narkoba tahun 2017 sebanyak 3.376.115 orang pada rentang usia 10-59 tahun. Sedangkan angka penyalahgunaan Narkoba di kalangan pelajar di tahun 2018 mencapai angka 2,29 juta orang dimana hal ini menunjukkan adanya peningkatan sebesar 28% dari tahun sebelumnya (Puslidatin, 2019). Data pengguna NAPZA merupakan salah satu data penting terhadap besarnya masalah kesehatan jiwa. Hal ini disebabkan penyalahgunaan obat-obatan dapat memicu timbulnya gangguan kesehatan mental seperti depresi

hingga melakukan tindakan agresif baik melukai orang lain atau diri sendiri (Townsend, 2018).

3. Akses Media Sosial secara Berlebihan

Tren ketiga yang terjadi saat ini adalah perkembangan teknologi seperti munculnya media sosial. Pengguna media sosial secara global pada tahun 2019 diperkirakan sebesar 3.48 miliar jiwa. Di Indonesia sendiri, pengguna aktif media sosial mencapai 150 juta jiwa dari total populasi sebesar 268.2 juta jiwa yang menunjukkan bahwa 56% penduduk Indonesia telah menggunakan media sosial. Sementara data menunjukkan bahwa 92 % dari 150 juta jiwa tersebut terlibat secara aktif dalam kehidupan di sosial media. Pengguna platform media sosial seperti facebook di Indonesia mencapai 130 juta jiwa, instagram 62 juta jiwa dan twitter mencapai 6 juta jiwa. Sementara rata-rata waktu yang digunakan oleh penduduk Indonesia dalam mengakses media sosial setiap harinya adalah 3 jam 26 menit (Kemp, 2019).

Meski penggunaan media sosial telah terintegrasi dalam kehidupan masyarakat modern, namun penggunaan media sosial ternyata dapat berpengaruh terhadap kesehatan mental penggunanya. Beberapa dampak yang dapat ditimbulkan sebagai akibat dari penggunaan media sosial secara berlebihan, antara lain:

a. Kondisi Fear of Missing Out

Penggunaan media sosial dapat menimbulkan sebuah kondisi bernama fear of missing out (FoMo), yaitu kondisi dimana seseorang terdorong untuk selalu mengetahui apa yang dilakukan orang lain melalui platform media sosial (Franchina, dkk, 2018). Hal ini kemudian akan memicu orang tersebut untuk menggunakan media sosial dalam jangka waktu yang panjang (Dempsey, dkk, 2019). Penggunaan media sosial secara berlebihan dapat menciptakan situasi dimana penggunanya mengurangi waktu interaksinya dengan keluarga dan lingkungannya

sehingga individu yang bersangkutan beresiko mengalami isolasi sosial dan kesepian (Worsley, Mansfield & Corcoran, 2018). Hal ini kemudian dapat berubah menjadi depresi. Depresi adalah suatu perubahan mood yang diekspresikan oleh perasaan sedih, putus asa, dan pesimis yang ditandai dengan gejala seperti kehilangan minat dalam melakukan aktivitas, gejala somatik, perubahan nafsu makan, pola tidur, dan kognisi (Townsend, 2018).

b. Perubahan Standar Citra Tubuh

Dampak kedua pada pengguna media sosial adalah bergesernya penilaian mereka terhadap konsep citra tubuh seperti penilaian bahwa wanita kurus tampak lebih atraktif (Wiederhold, 2019). Hal ini kemudian akan membuat pengguna media sosial mulai membandingkan bentuk fisiknya dengan fisik orang lain di dalam media sosial dan akan memicu timbulnya citra tubuh yang negatif (Dumas & Desroches, 2019). Citra tubuh merupakan cara seseorang dalam memandang tubuhnya dimana individu dengan citra tubuh negatif merasa malu, tidak puas dan selalu membandingkan tubuhnya dengan tubuh orang lain (Stuart, 2013). Citra tubuh memiliki keterkaitan yang sangat erat terhadap harga diri. Citra tubuh yang negatif akan menimbulkan perasaan harga diri rendah dalam diri seseorang (Stapleton, Luiz & Chatwin, 2017).

c. Kemudahan dalam mengakses Konten Negatif

Dampak ketiga yang menjadi permasalahan dalam penggunaan sosial media adalah kemudahan dalam mengakses gambar eksplisit melukai diri sendiri atau bentuk kekerasan lainnya (The Lancet, 2019). Pemaparan terhadap perilaku kekerasan dalam media sosial terbukti memiliki korelasi yang signifikan terhadap peningkatan perilaku agresif seperti menyakiti diri sendiri hingga bunuh diri (Bushman & Anderson,

2015). Beberapa contohnya yaitu pertama, terdapat data bahwa beberapa pengguna media sosial telah menggunakan twitter sebagai salah satu tempat untuk mengajak dan melakukan perjanjian untuk melakukan bunuh diri secara bersama (Lee & Kwon, 2018). Contoh kedua adalah tersebarinya berbagai permainan menantang bahaya, melukai diri sendiri hingga tantangan melakukan bunuh diri di media sosial yang menargetkan kelompok orang yang rentan (vulnerable) seperti orang yang memiliki gangguan kecemasan dan depresi.

4. Berkembangan Pelayanan Keperawatan Jiwa berbasis Komunitas

Tren keempat yang terjadi saat ini adalah bergesernya layanan keperawatan jiwa menjadi perawatan berbasis komunitas. Menurut Thornicroft & Henderson (2016), perawatan kesehatan mental masyarakat terdiri dari prinsip-prinsip dan praktik-praktik yang diperlukan untuk mempromosikan kesehatan mental bagi populasi lokal dengan beberapa cara, antara lain:

- a. menangani kebutuhan populasi dengan cara yang dapat diakses dan diterima
- b. membangun tujuan dan kekuatan orang yang mengalami penyakit mental
- c. mempromosikan jaringan dukungan yang luas, layanan, dan sumber daya dengan kapasitas yang memadai
- d. menekankan layanan yang berbasis bukti dan berorientasi pemulihan.

Terdapat beberapa intervensi kesehatan jiwa yang efektif di tingkat masyarakat seperti mengintegrasikan strategi promosi kesehatan mental ke dalam kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja; program sekolah berupa pembelajaran sosial-emosional yang universal dengan target anak-anak yang rentan, program sekolah kesadaran kesehatan mental,

metode untuk identifikasi dan deteksi kasus anak-anak dengan gangguan mental di sekolah, dan pelatihan kepada petugas kesehatan masyarakat, polisi dan pekerja sosial dalam mengidentifikasi remaja dengan gangguan mental, termasuk melukai diri sendiri (Thornicroft & Henderson, 2016).

5. Perawatan tidak hanya berfokus pada kesehatan mental.

Fokus penanganan Keperawatan jiwa yang sedang dikembangkan saat ini adalah perawatan secara menyeluruh (holistik) dengan menggunakan pendekatan biopsikososial dan spiritual. Hal ini bertujuan agar pasien yang datang dengan masalah gangguan mental atau gangguan psikologis tidak mengalami gangguan fisik karena banyak teori yang menyatakan kesehatan jiwa sangat berhubungan dengan kesehatan fisik (Kolappa, dkk, 2013). Begitupun sebaliknya, pasien dengan masalah fisik sangat berisiko mengalami gangguan secara psikologis sehingga penanganan secara psikologis juga perlu dilakukan pada pasien dengan masalah kesehatan fisik.

6. Stigma terhadap ODGJ

Permasalahan yang masih isu yang paling sulit diatasi sampai dengan saat ini adalah stigma terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Stigma didefinisikan sebagai sebagai tanda aib yang digunakan untuk mengidentifikasi dan memisahkan individu yang dilihat oleh masyarakat sebagai individu yang menyimpang, berdosa, atau berbahaya (Stuart, 2013). Stigma mulai terjadi ketika masyarakat mengidentifikasi perbedaan dan kemudian memberi label perbedaan antara mereka dan kelompok yang distigmatisasi (Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2017).

Pada kasus kesehatan mental, masyarakat menganggap bahwa gangguan jiwa sebagai ancaman nyata terhadap kesehatan masyarakat karena menimbulkan dua jenis ketakutan: ketakutan akan

potensi ancaman fisik langsung dari serangan individu dengan gangguan jiwa dan ketakutan terhadap kehilangan kesehatan mental mereka bila berinteraksi dengan individu yang memiliki gangguan jiwa. Beberapa Stigma yang terus berkembang sampai dengan saat ini, antara lain:

a. ODGJ adalah orang yang berbahaya

Stigma yang menyatakan ODGJ adalah orang yang berbahaya tidak sepenuhnya benar karena tidak semua ODGJ memiliki gejala agresivitas. Gejala agresivitas pada ODGJ seringkali terjadi untuk melukai diri sendiri. Isu yang perlu diperhatikan adalah saat ini ODGJ banyak yang menjadi korban kekerasan.

b. ODGJ tidak dapat disembuhkan

Stigma bahwa ODGJ tidak dapat disembuhkan tidaklah benar karena pada pasien skizofrenia sekitar 25% penderita hanya mengalami 1 serangan dan pulih seperti semula, 50% mengalami perbaikan dengan resiko kambuh, dan 25% tetap tergantung dengan obat bisa seumur hidup. Oleh karena itu obat antipsikotik sangat diperlukan bagi penderita ODGJ agar gejala psikotik seperti halusinasi, waham, berbicara tidak teratur, dan berperilaku aneh tidak ditunjukkan oleh ODGJ.

7. Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Isu terakhir yang perlu mendapat perhatian dari tenaga kesehatan termasuk perawat jiwa adalah tingkat kepatuhan minum obat. Menurut Naafi, dkk (2016) kepatuhan minum obat dapat dideteksi melalui pengisian beberapa jenis kuisioner kepatuhan minum obat antara lain Medication Adherence Rating Scale (MARS). Pada banyak penelitian dibuktikan bahwa 50% pasien skizofrenia yang masuk ke rumah sakit jiwa kemudian dilakukan rawat jalan malah mengalami masalah ketidakpatuhan (poor adherence). Hal ini dapat mengakibatkan masalah

baru pada pasien skizofrenia yaitu pasien lebih mudah jatuh ke dalam kondisi relaps dan kekambuhan fase psikosis yang lebih buruk, keluar masuk rumah sakit berulang kali, serta meningkatkan beban sosial dan ekonomi bagi keluarga pasien dan negara. Hal ini diakibatkan pasien yang tidak teratur dalam minum obat akan memiliki risiko kekambuhan sebesar 92% (Fenton, dkk, 1997 dalam Naafi, 2016).

Konsep Keperawatan Jiwa

1. Pengertian Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa merupakan kondisi seorang individu yang sejahtera. Artinya individu tersebut mampu mencapai kebahagiaan, ketenangan, kepuasan, aktualisasi diri, dan mampu optimis atau berpikiran positif di segala situasi baik terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Stuart, 2013). Menurut WHO, kesehatan adalah kondisi seseorang yang sejahtera baik fisik, mental, sosial dan spiritual tidak hanya sekedar terbebas dari penyakit maupun kecacatan. Oleh karena itu, empat aspek kesehatan (fisik, mental, sosial, dan spiritual) ini merupakan aspek yang dinamis dan terintegrasi. Individu tidak akan dikatakan sehat jika hanya fisik saja dan sebaliknya (Wuryaningsih, dkk, 2018).

Menurut Undang-Undang RI No. 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa yang dimaksud kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Wuryaningsih, dkk, 2018). Kesehatan mental, seperti yang didefinisikan oleh Komisi Kesehatan Mental Kanada (MHCC, 2013 dalam Austin, dkk, 2019), adalah “keadaan sejahtera di mana individu menyadari potensinya sendiri, dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, dapat bekerja

secara produktif dan bermanfaat, serta mampu membuat kontribusi kepada komunitasnya sendiri”

2. Konsep Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa adalah kondisi kesehatan yang ditandai dengan perubahan berbagai faktor yang termasuk suasana hati dan afek, perilaku, dan pemikiran dan kognisi. Gangguan tersebut terkait dengan berbagai tingkat kesusahan dan gangguan fungsi (Austin, dkk, 2019). Dalam Undang Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 yang mengatur tentang kesehatan jiwa, klien dapat dibedakan atas dua kelompok, antara lain:

a. Orang dengan masalah kejiwaan (ODMK)

Orang dengan masalah kejiwaan (ODMK) adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan kualitas hidup sehingga memiliki risiko masalah gangguan jiwa.

b. Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ)

Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan aku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

Gangguan pikiran ini bisa ditandai dengan bicara yang tidak bisa dipahami atau aneh, mengulang-ulang kata-kata yang sama, meyakini sesuatu yang tidak benar sesuai dengan nilai norma budaya setempat dan sebagainya. Perilaku yang aneh seperti bicara dan tertawa sendiri, berjalan tanpa tujuan, mempertahankan posisi yang sama berjam-jam, tidak mampu melakukan perawatan terhadap diri sendiri bukan dikarenakan oleh faktor kelemahan fisik, melakukan perilaku kekerasan tanpa sebab yang jelas, serta terkadang memiliki perasaan sedih yang berkepanjangan

atau perasaan senang yang berlebihan (Wuryaningsih, dkk, 2018).

3. Sasaran Asuhan Keperawatan Jiwa

Fokus pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa saat ini tidak hanya pasien dengan gangguan jiwa saja tetapi juga pada pasien sehat dan pasien resiko.

a. Pasien Sehat Mental

Asuhan Keperawatan yang diberikan pada pasien sehat bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis dan meningkatkan faktor protektif (faktor resiliansi) agar dapat menghadapi berbagai permasalahan yang muncul yang dapat menyebabkan masalah kesehatan jiwa. Sasaran pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien sehat diberikan berdasarkan kelompok tumbuh kembang, seperti berikut:

- 1) Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Usia Bayi
- 2) Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Usia Kanak- Kanak
- 3) Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Usia Pra Sekolah
- 4) Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Usia Sekolah
- 5) Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Usia Remaja
- 6) Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Usia Dewasa Muda
- 7) Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Usia Dewasa
- 8) Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Ibu Hamil
- 9) Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Usia Lansia

Diagnosa keperawatan Sehat Mental yang dapat diangkat pada pasien sehat, antara lain:

- 1) Kesiapan peningkatan pengetahuan
- 2) Kesiapan peningkatan perawatan diri

b. Pasien Resiko

Asuhan Keperawatan pada pasien resiko gangguan jiwa atau Orang dengan masalah kejiwaan (ODMK) bertujuan agar masalah pada penyakit fisik atau masalah psikososial yang sedang dihadapi oleh ODMK tidak menjadi lebih parah yang sangat beresiko menyebabkan pasien mengalami gangguan jiwa. Beberapa Diagnosa Keperawatan Resiko yang dapat diangkat pada pasien resiko gangguan jiwa, antara lain:

- 1) Ansietas
- 2) Harga Diri Rendah Situasional
- 3) Gangguan Citra Tubuh
- 4) Ketidakberdayaan
- 5) Gangguan Pola Tidur
- 6) Konfusi Kronik
- 7) Resiko Jatuh
- 8) Berduka Disfungsional
- 9) Koping Keluarga Tidak Efektif
- 10) Koping Individu Tidak Efektif
- 11) Sindrom Post Trauma
- 12) Gangguan Penyesuaian
- 13) Keputusanasaan
- 14) Penampilan Peran Tidak Efektif

c. Pasien dengan Gangguan Jiwa

Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan Gangguan jiwa atau Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) bertujuan untuk membantu ODGJ berperilaku adaptif dan menjadi pulih. Beberapa diagnosa keperawatan jiwa yang bisa diangkat pada pasien dengan gangguan jiwa, antara lain:

- 1) Halusinasi
- 2) Resiko Perilaku Kekerasan
- 3) Defisit Perawatan Diri
- 4) Isolasi Sosial
- 5) Harga Diri Rendah Kronik
- 6) Waham
- 7) Resiko Bunuh Diri
- 8) Perilaku Kekerasan
- 9) Kerusakan Komunikasi Verbal
- 10) Regimen Teraupetik Keluarga Inefektif
- 11) Berduka Kompleks

Daftar Pustaka

- Austin, Wendy, dkk (2019). *Psychiatric & Mental Health Nursing For Canadian Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer
- Bushman, B. J., & Anderson, C. A. (2015). Understanding Causality in the Effects of Media Violence. *American Behavioral Scientist*, 59(14), 1807–1821. <https://doi.org/10.1177/0002764215596554>
- Dempsey, A. E., O'Brien, K. D., Tiamiyu, M. F., & Elhai, J. D. (2019). Fear of missing out (FoMO) and rumination mediate relations between social anxiety and problematic Facebook use. *Addictive Behaviors Reports*, 9, 100150. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2018.100150>
- Dumas, A.-A., & Desroches, S. (2019). Women's Use of Social Media: What Is the Evidence About Their Impact on Weight Management and Body Image? *Current Obesity Reports*, 8(1), 18–32. <https://doi.org/10.1007/s13679-019-0324-4>
- Franchina, V., Vanden Abeele, M., van Rooij, A. J., Lo Coco, G., & De Marez, L. (2018). Fear of Missing Out as a Predictor of Problematic Social Media Use and Phubbing Behavior among Flemish Adolescents. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 15(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph15102319>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemp, S. (2019). *Digital around the world in 2019*. Diakses pada 3 Desember 2021 dari <https://p.widencdn.net/kqy7ii/Digital2019-Report-en>
- Kolappa, K., Henderson, D., & Kishore, S. P. (2013). No physical health without mental health: Lessons unlearned? *Bulletin of the World Health Organization*, 91(1), 3–3A.

- Lee, S. Y., & Kwon, Y. (2018). Twitter as a place where people meet to make suicide pacts. *Public Health*, 159, 21–26. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.001>
- Naafi, Ananda, dkk (2016). Kepatuhan Minum Obat Pasien Rawat Jalan Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa. Prof. Dr. Soerojo Magelang. *Jurnal ilmiah farmasi Kartika*
- Puslidatin. (2019). Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. Diakses pada 3 Desember 2021, dari <https://bnn.go.id/penggunaan-narkotika-kalangan-remaja-meningkat/>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. W. (2017). Structures and types of stigma. In W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius (Eds.), *The stigma of mental illness — End of the story?* (pp. 43-82). Cham, Switzerland: Springer International Publishing. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_3
- Stapleton, P., Luiz, G., & Chatwin, H. (2017). Generation Validation: The Role of Social Comparison in Use of Instagram Among Emerging Adults. *CyberPsychology, Behavior & Social Networking*, 20(3), 142–149. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0444>
- Stuart, G. W. 2013. *Principles and practice of psychiatric nursing*, Missouri: Elsevier mosby.
- The Lancet. (2019). Social media, screen time, and young people’s mental health. *Lancet* (London, England), 393(10172), 611. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30358-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30358-7)
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15, 276-286. doi: 10.1002/wps.20349
- Townsend, M. C. A. M., K. I. (2018). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*, Philadelphia, F.A. Davis company.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014. Undang-Undang tentang Kesehatan Jiwa. 7

- Agustus 2014. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185. Jakarta
- Wiederhold, B. K. (2019). Instagram: Becoming a Worldwide Problem? *CyberPsychology, Behavior & Social Networking*, 22(9), 567–568. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.29160.bkw>
- World Health Organization. (2018) .Mental health atlas 2017. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272735>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Worsley, J. D., Mansfield, R., & Corcoran, R. (2018). Attachment Anxiety and Problematic Social Media Use: The Mediating Role of Well-Being. *Cyberpsychology, Behavior And Social Networking*, 21(9), 563–568. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0555>
- Wuryaningsih, E. W., Windarwati, H.D, dkk (2018). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1. UPT Percetakan dan Penerbitan Universitas Jember.

Profil Penulis



Yosef Andrian Beo. Ruteng, 19 Maret 1993. Anak kedua dari Bapak Yohanes Banker Beo dan Ibu Silviana Avelina Jaiman. Lulus TKK Inviolata Tahun 1999, lulus SDK Ruteng II Tahun 2005, lulus SMPK St. Fransiskus Xaverius Ruteng Tahun 2008, dan lulus SMAN 1 Langke Rembong Tahun 2010 (Program Akselerasi). Tahun 2010 – 2014 menempuh pendidikan S1 Keperawatan di Stikes Bethesda Yakkum Yogyakarta.

Tahun 2015 melanjutkan pendidikan profesi Ners di kampus yang sama. Pada Tahun 2019 melanjutkan pendidikan magister keperawatan di Universitas Brawijaya Malang. Tahun 2017 sampai sekarang penulis bekerja sebagai dosen di Unika Santu Paulus Ruteng.

Email penulis : yosefandrianbeo19@gmail.com

PENGGOLONGAN GANGGUAN JIWA DI INDONESIA

dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ

Universitas Syiah Kuala

Pendahuluan

Gangguan jiwa merupakan suatu kondisi yang saat ini sangat sering di jumpai di masyarakat Indonesia. Berdasarkan informasi dari Pusat Kementerian Kesehatan RI, telah dilakukan perhitungan beban penyakit di Indonesia pada tahun 2017, beberapa jenis gangguan jiwa yang diprediksi dialami oleh penduduk di Indonesia diantaranya adalah gangguan depresi, cemas, skizofrenia, bipolar, gangguan perilaku, autisme, gangguan perilaku makan, cacat intelektual dan *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD). Berbagai kasus gangguan jiwa juga didapatkan peningkatan secara terus menerus dari tahun ke tahun. Hasil Rikesda 2018 menunjukkan gangguan kejiwaan terutama depresi sudah terjadi sejak rentang usia remaja (15-24 tahun). Untuk diagnosis depresi sendiri dengan prevalensi 6,2% pada usia remaja dan terus mengalami peningkatan sesuai dengan peningkatan usia. Sedangkan untuk kasus gangguan jiwa berat di Indonesia pada tahun 2018 diperkirakan sebanyak 450 ribu orang. Berbagai kondisi dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan kasus ini, antara lain tingkat pemahaman masyarakat terkait berbagai kondisi gangguan jiwa yang ada sehingga sering sekali terjadi keterlambatan dalam penatalaksanaan di awalnya.

Sebelum kita memahami gangguan jiwa, akan kita bahas terlebih dahulu istilah kejiwaan itu sendiri. Kejiwaan adalah hal yang berkaitan dengan fisik, jiwa, dan pola hidup yang dapat kita amati dalam kesehariannya bermasyarakat dan berkaitan dengan permasalahan sosial yang dapat menimbulkan dampak pada kepribadian seseorang. Dampak yang muncul dapat mengakibatkan perubahan kebiasaan ataupun sifat seseorang sehingga orang tersebut tidak dapat mengendalikan dirinya. Gangguan tidur, adiksi internet, melakukan tindak kriminal, tindakan bunuh diri atau timbulnya masalah dan kemudian mengalami stres berat merupakan contoh dari dampak tersebut.

Gangguan jiwa atau *mental illness* adalah suatu sindrom pola perilaku individu yang berkaitan dengan suatu gejala penderitaan dan pelemahan didalam satu atau lebih fungsi penting dari manusia, yaitu fungsi psikologi, perilaku ataupun biologi. Dimana akibat gangguan tersebut dapat menyebabkan timbulnya hendaya terkait persepsinya terkait kehidupan sehingga mempengaruhi hubungan antara dirinya sendiri dan juga masyarakat. Gangguan jiwa merupakan suatu gangguan yang sama halnya dengan gangguan jasmaniah lainnya, namun gangguan jiwa bersifat lebih kompleks, mulai dari yang ringan seperti rasa cemas, takut hingga tingkat berat berupa gangguan jiwa berat. Berdasarkan UU RI No.18 tahun 2014, Gangguan jiwa adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami gangguan dalam hal pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

Klasifikasi Gangguan Jiwa

Ada beberapa sistem yang dapat digunakan untuk penggolongan gangguan jiwa, antara lain sistem klasifikasi pada ICD (*International Classification of Disease*), DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) yang menggunakan sistem kategori dan

klasifikasi gangguan jiwa yang dibuat oleh Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan RI dan diberi nama Pedoman Penggolongan dan Diagnosa Gangguan Jiwa (PPDGJ).

ICD merupakan klasifikasi gangguan jiwa Internasional yang dibuat oleh World Health Organization (WHO), saat ini yang terbaru telah dikeluarkan ICD 11 pada bulan Juni tahun 2018. ICD menggunakan sistem aksis tunggal (uniaksis), yang mencoba menstandarkan diagnosis menggunakan definisi deskriptif dari berbagai sindrom, serta memberikan pertimbangan untuk diagnosa banding.

DSM biasa digunakan oleh dokter umum, psikiater dan juga psikolog dalam menegakkan diagnosis. DSM diterbitkan oleh asosiasi psikiater, yaitu *American Psychiatry Association* (APA). DSM 5 adalah versi terbaru yang diterbitkan pada tahun 2013. Kriteria diagnosis pada DSM menggunakan sistem multiaksis, yang menggambarkan berbagai gejala yang harus ada agar diagnosis dapat ditegakkan. Multiaksisi tersebut meliputi sebagai berikut :

Aksis 1 : Sindroma klinis dan kondisi lain yang mungkin menjadi fokus perhatian klinis

Aksis 2 : Gangguan kepribadian dan retardasi mental

Aksis 3 : Kondisi medis secara umum

Aksisi 4 : Masalah lingkungan dan psikososial

Aksis 5 : Penilaian fungsi secara global

PPDGJ dibuat oleh Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan RI pertama sekali pada tahun 1973. PPDGJ III adalah versi terbaru yang dikeluarkan pada tahun 1983 dan secara nasional telah digunakan di Indonesia. PPDGJ pada awalnya disusun berdasarkan berbagai klasifikasi pada DSM, tetapi pada PPDGJ III disusun berdasarkan ICD X. Tidak terdapat perbedaan substansi antara PPDGJ dengan ICD karena PPDGJ hanya merupakan terjemahan dari ICD supaya penggunaannya lebih mudah karena dibaca dalam versi bahasa Indonesia.

Secara singkat, klasifikasi PPDGJ III meliputi:

F00-F09: Gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simtomatik)

F10-F19: Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif

F20-F29: Skizofrenia , gangguan skizotipal, dan gangguan waham

F30-F39 : Gangguan suasana perasaan (mood/afektif)

F40-F48 : Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress

F50-F59 : Sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik

F60-F69 : Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa

F70-F79 : Retardasi mental

F80-F89 : Gangguan perkembangan psikologis

F90-F98 : Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja

Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa

Pada Bab ini akan di bahas masing-masing dari diagnosis gangguan jiwa berdasarkan Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III). Penggolongan diagnosis gangguan jiwa berdasarkan PPDGJ III merupakan sistem yang berhirarki, artinya diagnosa yang dilakukan harus berawal dari blok paling atas (F00-F19) yaitu pada GMO (Gangguan Mental Organik) kemudian baru dievaluasi diagnosa pada masing – masing blok dibawahnya. Urutan hirarki tersebut secara tidak langsung menjelaskan bahwa gangguan jiwa yang terletak pada suatu hirarki akan dapat berkembang menjadi hirarki lainnya, misalnya adanya kasus retardasi mental berkembang menjadi gangguan Skizofrenia, gangguan depresi berkembang menjadi gangguan Somatoform (Psikosomatis) dan lainnya. Karakteristik gangguan jiwa dapat dipahami sebagai penyakit yang mampu berkembang lebih luas gejala dan manifestasi klinisnya

baik psikis maupun fisik, juga mampu berubah sesuai dengan masing – masing jenis gangguan jiwanya.

Sehingga penting sekali untuk bisa memahami diagnosis gangguan jiwa berdsarakan hirarkinya. Berikut akan dibahas dari masing-masing hirarki tersebut berdasarkan PPDGJ III :

1. F00-F09: Gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simptomatik)

Gangguan mental organik merupakan gangguan mental yang berkaitan dengan penyakit/gangguan sistemik atau otak. Gangguan mental ini timbul sebagai efek sekunder dari penyakit fisik yang diderita oleh seseorang, misalnya gangguan metabolik, gangguan vaskuler ataupun trauma kepala. Gangguan mental ini biasanya dapat membaik seiring penyakit fisiknya disembuhkan, namun tidak jarang dapat menjadi menetap. Gangguan memori pada lansia atau disebut juga dengan Dementia juga termasuk dalam kelompok gangguan ini.

Berikut diagnosis yang termasuk dalam gangguan mental organik :

F00	Demensia pada Penyakit Alzheimer
F01	Demensia Vaskuler
F02	Dementia pada Penyakit Lain YDK
F03	Dementia YTT
F04	Sindrom Amnesik Organik bukan Akibat Alkohol dan Zat Psikoaktif lainnya
F05	Delirium bukan akibat alcohol dan zat psikoaktif lainnya
F06	Gangguan Mental Lainnya Akibat Kerusakan dan Disfungsi Otak dan Penyakit Fisik
F07	Gangguan Kepribadian dan Perilaku Akibat Penyakit, kerusakan dan disfungsi otak
F09	Gangguan Mental Organik atau Mental Somatik YTT

2. F10 – F19 Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif

Gangguan mental ini disebabkan karena pengaruh dari penggunaan zat psikoaktif atau dikenal juga NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya). Secara umum zat ini dibagi 3, yaitu golongan *uppers*, *downers* dan *hallucinogens*. Sehingga gejala klinis yang ditimbulkan sangat bervariasi bergantung dari jenis zat yang digunakan. Pada umumnya gejala klinis dapat berupa intoksikasi, adiksi (ketergantungan), *withdrawal* (putus zat), delirium bahkan sampai mengalami psikotik. Berikut adalah penggolongan untuk gangguan ini :

F10.	Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Alkohol
F11.	Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Opioida
F12.	Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Kanabinoida
F13.	Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Sedativa atau Hipnotika
F14.	Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Kokain
F15.	Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Stimulansia lain termasuk kafein
F16.	Gangguan dan Perilaku Akibat Penggunaan Halusinogenika
F17.	Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Tembakau
F18.	Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Pelarut yang mudah menguap

3. F20 – F29 Skizofrenia, Gangguan Skizotipal dan Gangguan Waham

Penggolongan ini termasuk dalam kelompok gangguan psikotik yang secara klinis ditandai dengan adanya gangguan pada proses berfikir, perasaan, persepsi dan tingkah laku dan secara bermakna

menyebabkan timbulnya hendaya dalam fungsi kesehariannya.

Skizofrenia merupakan penyakit kronik dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas. Sehingga tidak didapatkan adanya gejala patognomonis (khas) pada penderita skizofrenia. Diagnosis skizofrenia ditegakkan jika didapatkan adanya klinis yang bermakan pada gangguan berfikir, perasaan, persepsi dan perilaku yang telah berlangsung selama 1 bulan.

Gangguan skizotipal termasuk dalam gangguan kepribadian yang ditandai dengan kesulitan seseorang dalam menjalin hubungan dekat dengan orang lain karena merasa sangat tidak nyaman. Seorang skizotipal juga menunjukkan perilaku eksentrik dengan cara berfikir abnormal.

Waham adalah suatu keyakinan seseorang yang tidak sesuai dengan kenyataan, yang tetap dipertahankan dan tidak dapat dirubah secara logis oleh orang lain. Keyakinan ini berasal dari pemikiran yang tidak terkontrol. Berikut adalah penggolongan diagnosis ini sebagai berikut:

F20	Skizofrenia
F21	Gangguan Skizotipal
F22	Gangguan Waham Menetap
F23	Gangguan Psikotik Akut dan Sementara
F24	Gangguan Waham Induksi
F25	Gangguan Skizoafektif
F28	Gangguan Psikotik non organik lainnya
F29	Gangguan psikotik non organik

4. F30 – F39 Gangguan Suasana Perasaan (mood [afektif])

Secara umum gangguan suasana perasaan terbagi 2, yaitu suasana perasaan yang meningkat disebut dengan mania dan suasana perasaan yang menurun disebut depresi. Ada juga kondisi campuran dari keduanya, yaitu gangguan bipolar.

Mania ditandai dengan suasana perasaan yang sangat bersemangat baik secara fisik maupun mental. Terkadang penderita mania sulit membuat keputusan yang rasional dan seringkali berperilaku tidak bijak.

Sebaliknya depresi ditandai dengan suasana hati yang terus-menerus merasa sedih dan tertekan serta kehilangan minat dalam beraktivitas, sehingga mengakibatkan penurunan kualitas hidup sehari-hari.

Gangguan bipolar ditandai dengan adanya perubahan suasana perasaan dari depresi ke mania ataupun sebaliknya. Penderita bipolar kerap kali membutuhkan pengobatan jangka panjang dan disertai dengan psikoterapi yang adekuat. Secara rinci berikut adalah penggolongan dari kelompok diagnosis ini :

F30	Episode Manik
F31	Gangguan Afektif Bipolar
F32	Episode Depresif
F33	Gangguan Depresif Berulang
F34	Gangguan Suasana Perasaan (mood [afektif]) Menetap
F38	Gangguan Suasana Perasaan (mood [afektif]) lainnya
F39	Gangguan Suasana Perasaan (mood [afektif])ytt

5. F40 - F48 Gangguan Neurotik, Gangguan Somatoform dan Gangguan Terkait Stres

Secara umum kelompok ini disebut juga kelompok neurosa dengan manifestasi klinis adanya perasaan cemas yang berlebihan sehingga tidak jarang bermanifestasi dalam bentuk perilaku, emosi maupun keluhan somatik. Ada beberapa kriteria diagnosis yang termasuk dalam kelompok ini, yaitu :

F40	Gangguan Ansietas Fobik
F41	Gangguan Ansietas lainnya
F42	Gangguan Obsesif-kompulsif
F43	Reaksi Terhadap Stres Berat dan Gangguan Penyesuaian
F44	Gangguan Disosiatif [konversi]
F45	Gangguan Somatoform
F48	Gangguan neurotik lainnya

Diagnosis fobia ditegakkan jika didapatkan adanya suatu kondisi dari luar individu yang menyebabkan ketakutan yang berlebihan, namun pada saat tersebut tidak didapatkan suatu kondisi yang membahayakan. Akibat kondisi ini penderita fobia seringkali menghindari faktor yang memunculkan kondisi ketakutan tersebut.

Obsesif kompulsif merupakan kelompok diagnosis neurosa yang ditandai dengan adanya pikiran yang tidak wajar terkait ketakutan yang berlebihan sehingga bermanifestasi dalam bentuk perilaku. Manifestasi klinis berupa adanya pikiran dan perilaku yang berulang terkait sesuatu hal. Akibat kondisi ini penderitanya mengalami distress sehingga menyebabkan timbulnya gangguan dalam fungsi kesehariannya.

Reaksi Stres terdiri dari reaksi stress akut (disebabkan karena adanya kondisi stress psikososial yang sangat bermakna), gangguan *post traumatic stress disorder/* PTSD (ditandai dengan trias ; *avoidance, flashback* dan *hiperausosal*, yang terjadi setelah 3 bulan dari kejadian yang bermakna) dan gangguan penyesuaian.

Gangguan konversi atau disebut juga disosiatif dapat dijumpai dengan adanya gejala utama berupa kehilangan sebagian atau seluruh dari integrasi normal baik terkait memori, kesadaran identitas maupun control terhadap gerakan tubuh.

Gangguan somatoform dicirikan dengan adanya gejala-gejala somatik yang tidak dapat dijelaskan

berdasarkan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang baik laboratorium, roentgen maupun CT-Scan.

6. F50 - F59 Sindrom Perilaku yang Berhubungan dengan Gangguan Fisiologis dan Faktor Fisik

Beberapa kondisi gangguan mental dapat dijumpai dalam kelompok diagnosis ini. Pada tabel berikut dapat dilihat pembagiannya:

F50	Gangguan Makan
F51	Gangguan Tidur non-organik
F52	Disfungsi Seksual bukan disebabkan Gangguan atau Penyakit Organik
F53	Gangguan Mental dan Perilaku yang Berhubungan dengan Masa Nifas YTK
F54	Faktor Psikologis dan Perilaku yang Berhubungan dengan Gangguan atau Penyakit YDK
F55	Penyalahgunaan Zat yang Tidak Menyebabkan Ketergantungan
F59	Sindrom Perilaku YTT yang Berhubungan dengan Gangguan Fisiologis dan Faktor Fisik

Secara umum, kelompok diagnosis ini berkaitan dengan adanya perilaku yang tidak lazim, baik terkait pola makan, pola tidur, interaksi seksual, maupun penggunaan zat yang tidak menyebabkan ketergantungan.

7. F60 - F69 Gangguan Kepribadian dan Perilaku Masa Dewasa

Kepribadian adalah totalitas dari karakteristik seseorang dalam kesehariannya sehingga seseorang dapat dikenali dengan kepribadiannya tersebut. Sedangkan gangguan kepribadian adalah ciri kepribadian yang tidak fleksibel dan maladaptif sehingga menyebabkan gangguan bermakna dalam kesehariannya, baik pekerjaan, keluarga maupun fungsi sosial. Gangguan kepribadian ini dapat

dirasakan oleh individu tersebut ataupun orang sekitarnya.

F60	Gangguan Kepribadian Khas
F61	Gangguan Kepribadian Campuran dan lainnya
F62	Perubahan Kepribadian yang Berlangsung Lama yang Tidak Diakibatkan Oleh Kerusakan atau Penyakit Otak
F63	Gangguan Kebiasaan dan Impuls
F64	Gangguan Identitas Jenis Kelamin
F65	Gangguan Preferensi Seksual
F66	Gangguan Psikologis dan Perilaku yang Berhubungan dengan Perkembangan dan Orientasi Seksual
F68	Gangguan Kepribadian dan Perilaku Dewasa Lainnya
F69	Gangguan Kepribadian dan Perilaku Dewasa YTT

8. F70 – F79 Retardasi Mental

Berdasarkan PPDGJ III, Retardasi Mental adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, terutama ditandai dengan adanya hendaya dalam keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, termasuk didalamnya kognitif, berbahasa, motorik dan sosial. Diagnosis ini harus ditegakkan sebelum anak berusia 18 tahun. Beberapa kondisi penderita Retardasi Mental dapat disertai dengan adanya gangguan jiwa lainnya terutama gangguan jiwa berupa psikotik.

F70	Reterdasi Mental Ringan
F71	Retardasi Mental Sedang
F72	Retardasi Mental Berat
F73	Retardasi Mental Sangat Berat
F78	Retardasi Mental Lainnya
F79	Retardasi Mental ytt

9. F80 – F89 Gangguan Perkembangan Psikologis

Gangguan yang termasuk dalam kelompok ini secara umum memenuhi kriteria diagnosis berikut:

- a. Onset bervariasi pada masa bayi dan kanak-kanak
- b. Didapatkan adanya hendaya atau kelambatan perkembangan fungsi-fungsi yang berhubungan erat dengan kematangan biologis dari susunan saraf pusat.
- c. Berlangsung secara terus menerus tanpa adanya remisi dan kekambuhan yang khas bagi banyak gangguan jiwa.

Pada tabel berikut merupakan diagnosis yang termasuk dalam Gangguan Perkembangan Psikologis:

F80	Gangguan Perkembangan Khas Berbicara dan Berbahasa
F81	Gangguan Perkembangan Belajar Khas
F82	Gangguan Perkembangan Motorik Khas
F83	Gangguan Perkembangan Khas Campuran
F84	Gangguan Perkembangan Pervasif
F88	Gangguan Perkembangan Psikologis lainnya
F89	Gangguan Perkembangan Psikologis YTT

Kelompok diagnosis ini secara umum menimbulkan gangguan pada fungsi berbahasa, keterampilan *visuo-spatial*, dan atau koordinasi motorik. Hendaya yang ditimbulkan ini berkurang secara progresif dengan bertambahnya usia walaupun tidak jarang akan menetap sampai usia dewasa.

10. F90 - F98 Gangguan Perilaku dan Emosional dengan Onset Biasanya pada Masa Kanak dan Remaja

Berikut ini adalah kelompok diagnosis yang termasuk dalam penggolongan Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja :

F90	Gangguan Hiperkinetik
F91	Gangguan Tingkah Laku
F92	Gangguan Campuran Tingkah Laku dan Emosi
F93	Gangguan Emosional dengan Onset Khas pada Masa Kanak
F94	Gangguan Fungsi Sosial dengan Onset pada Masa Kanak dan Remaja
F95	Gangguan “tic”
F98	Gangguan Perilaku dan Emosional lainnya dengan Onset Biasanya pada Masa Kanak dan Remaja
F99	Gangguan Mental YTT

Diagnosis Hiperkinetik ditandai dengan berkurangnya perhatian dan meningkatnya aktivitas secara berlebihan yang didapatkan pada lebih dari 1 kondisi (di rumah, di sekolah, di taman). Akibat kondisi ini seringkali menyebabkan gangguan terutama dalam proses belajar dan interaksi sosialnya.

Gangguan tingkah laku berciri khas adanya pola tingkah laku dissosial, agresif atau menentang yang gelah berulang dan menetap setidaknya selama 6 bulan.

Diagnosis gangguan emosional dengan onset pada masa kanak dan remaja seringkali kita jumpai terutama pada anak usia dini, seperti gangguan cemas perpisahan yang didapatkan pada anak-anak yang memasuki usia prasekolah, sibling Rivalry berupa adanya perasaan persaingan antara saudara kandung dan gangguan kecemasan social masa kanak yang dijumpai pada anak-anak berupa kekhawatiran yang berlebihan jika harus berinteraksi dengan kelompok usia tertentu.

Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed). Arlington
- Elvira. S.D & Hadisukanto. G. (Ed). (2010). *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta : Balai Penerbitan Universitas Indonesia.
- Fatemi.H.S & Clayton.P.J. (2008) . *The medical basic of psychiatry*. (3rd ed). Humana Press
- Kaplan & Sadock's. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry*. (11th ed). Lippincott.
- Kaplan & Sadock's. (2017). *Concise textbook of clinical psychiatry*. (4rd Ed). Wolters Kluwer
- Katzung. (2015). *Basic and clinical pharmacology*. (13th ed). McGraw-Hill's.
- Maramis. W.F. & Maramis. A.A. (2010). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press
- Maslim. R. (1993). *Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III*. Edisi I. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. (2019). *Situasi kesehatan jiwa di Indonesia*. Infodatin . InfoDatin-Kesehatan-Jiwa%20(3).pdf
- Sadock.B.J, Sadock. V.A & Ruis.P. (2017). *Comprehensive textbook of Psychiatry*. (10 ed. Vol 1). Wolters Kluwer
- World Health Organization (WHO). *International classification of diseases 11 (ICD 11)*.

Profil Penulis



Zulfa Zahra

Penulis merupakan lulusan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala pada tahun 2007. Pada tahun 2008, penulis diterima sebagai staf pengajar di Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala. Karena ketertarikan penulis pada ilmu jiwa, penulis pun pada tahun 2011 melanjutkan pendidikan spesialis di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga pada bagian Ilmu Kedokteran Jiwa dan menyelesaikan pendidikan pada tahun 2016. Sejak itu penulis tidak hanya aktif sebagai seorang dosen namun juga sebagai seorang tenaga spesialis di bidang ilmu kejiwaan.

Sebagai seorang staf pengajar, penulis dituntut untuk dapat terus menghasilkan tulisan-tulisan baik dalam bentuk jurnal artikel, penelitian maupun buku. Penulis juga beberapa kali mengikuti seminar-seminar internasional untuk mempublikasikan tulisan ilmiah, antara lain pada Seminar Internasional DAAD dan Seminar Internasional Syiah Kuala 1 pada tahun 2017. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi. Penulis juga telah mengikuti beberapa pelatihan khusus sesuai bidangnya, antara lain pelatihan hipnoterapi, psikoterapi, pemeriksaan kesehatan jiwa, dan pembuatan Visum Psychiatricum. Penulis selama ini juga aktif sebagai narasumber baik yang dilakukan untuk masyarakat awam maupun untuk tenaga kesehatan.

Email Penulis: dr.zulfa00@unsyiah.ac.id

PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN JIWA DI INDONESIA

Ns. I Dewa Gede Candra Dharma, S.Kep., M.Kep

Stikes Wira Medika Bali

Perkembangan Pelayanan Kesehatan Jiwa di Dunia

Dalam sejarah perkembangan keperawatan jiwa di dunia, terdapat beberapa teori dan model keperawatan yang menjadi dasar dari keperawatan jiwa terbagi dalam beberapa periode;

1. *Custodial Care* adalah periode awal dimana penderita gangguan jiwa tidak dirawat oleh tenaga kesehatan. Pemberian terapi dalam bentuk isolasi serta pengawasan dalam suatu tempat yang khusus dan kemudian berkembang menjadi *Primary Consistent of Custodial Care*
2. *Curative Care* model keperawatan jiwa sekitar periode tahun 1945-an yang fokus pemberian terapinya pada proses pemberian obat.
3. Fokus pada klien, pada tahun 1950an keperawatan jiwa dilaksanakan berfokus pada pasien tanpa melibatkan anggota keluarga dalam pemberian terapinya. Proses perawatan kesehatan jiwa yang diberikan di rumah sakit – rumah sakit jiwa yang besar dan terletak jauh dari tempat pemukiman warga.

4. *Community Based Care* merupakan model keperawatan yang berkembang di awal tahun 1970-an sampai awal abad 20 dimana pengobatan yang berbasis komunitas semakin dikembangkan. Perawatan yang sebelumnya dirumah sakit dilakukan dalam jangka waktu yang panjang digantikan dengan pengobatan di rumah sakit dengan waktu yang lebih singkat dan lebih di fokuskan pada perawatan di pusat layanan komunitas.
5. *Managed Care* merupakan model pelayanan keperawatan jiwa yang dilaksanakan pada awal abad 21, proses pelayanan keperawatan yang dilaksanakan sudah terintegrasi secara baik. Pengobatan berbasis keperawatan komunitas menjadi fokus perawatan yang bersifat preventif melalui pusat –pusat layanan kesehatan mental, praktek madiri, homecare, home visite, dan pelayanan dirumah sakit. Keterlibatan anggota keluarga sebagai bagian dari pengobatan dan pemberian terapi sangat dibutuhkan.

Perkembangan Pelayanan Kesehatan Jiwa di Indonesia

Di Indonesia sendiri pada awal perkembangannya, gangguan jiwa masih dianggap sebagai adanya gangguan roh halus atau roh jahat sehingga lebih banyak dibawa ke dukun – dukun untuk mengeluarkan roh jahat. Penanganan bagi penderita gangguan jiwa lebih bersifat tindakan isolasi dari masyarakat seperti dipasung pada penderita gangguan jiwa berat, serta dibiarkan berkeliaran di desa – desa sambil mencari makanan sendiri jika tidak membahayakan.

Pada jaman kolonial didirikan rumah sakit jiwa oleh pemerintah kolonial Hindia Belanda di Bogor yang lebih dikenal sebagai rumah Sakit Jiwa Bogor. Seiring berkembangnya keperawatan Jiwa, saat ini di Indonesia pun telah mulai ikut berkembang dimana proses pelayanan keperawatan jiwa sudah terintegrasi dengan baik, dari rumah sakit jiwa, puskesmas, serta pusat layanan kesehatan jiwa yang ada dikomunitas

Pelayanan Kesehatan Jiwa di masa lalu bersifat spesialis dan dikembangkan baik untuk RSJ maupun RSU,

sedangkan status umum dilakukan di Puskesmas. RSJ dijadikan sebagai pusat rujukan dan pengembangan pelayanan kesehatan jiwa sehingga pelayanan kesehatan jiwa dapat dilaksanakan secara komprehensif. Pelayanan kesehatan jiwa dewasa ini mengalami perubahan yang mendasar, dari pelayanan kesehatan jiwa dengan pengobatan tertutup menjadi pelayanan kesehatan jiwa terbuka. Dalam penanganan gangguan jiwa, pendekatan klinis-individual bergeser ke sosial yang produktif sesuai dengan perkembangan konsep kesehatan jiwa masyarakat. Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat, saat ini belum ada pedoman yang dapat dijadikan acuan nasional. Pedoman skala nasional sangat diperlukan untuk memperluas jangkauan dan distribusi layanan, serta standarisasi dan kualitas layanan. Dewasa ini Pemerintah telah menyediakan pelayanan kesehatan jiwa kepada masyarakat melalui sistem pelayanan kesehatan jiwa mulai dari tingkat primer, sekunder dan tersier.

Pelayanan Kesehatan Jiwa di Indonesia

Beberapa istilah pelayanan kesehatan jiwa berdasarkan KMK No. 406/Menkes/SK/VI/2009, meliputi:

1. Kesehatan Jiwa Komunitas, merupakan suatu pendekatan pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat, dimana seluruh potensi yang ada di masyarakat dilibatkan secara aktif. Beberapa asuhan keperawatan psikososial dapat diberikan pada kesehatan jiwa komunitas seperti askep jiwa pada ibu hamil, askep jiwa pada bayi, askep jiwa pada toddler, askep jiwa pada usia pra sekolah, askep jiwa pada anak usia sekolah, askep jiwa pada remaja, askep jiwa pada usia dewasa dan askep jiwa pada lansia.

Dalam penanganan gangguan jiwa, terutama terhadap pendertia gangguan jiwa berat, dilakukan secara manusiawi tanpa mengabaikan hak-hak azasi mereka. Pendekatan yang dilakukan beralih dari klinis – individual ke produktif-sosial sesuai dengan berkembangnya konsep kesehatan jiwa komunitas

2. Psikiatri Komunitas (*Community Psychiatry*) adalah penyediaan pelayanan kesehatan jiwa untuk masyarakat seperti: a) menyediakan terapi perawatan berbasis kebutuhan dasar masyarakat, b) menyediakan sistem pelayanan dari berbagai sumber yang terjangkau, c) menyediakan layanan yang berbasis fakta (*evidence-based*) bagi semua penderita gangguan jiwa

Pelayanan ini juga menawarkan perawatan lanjutan, akomodasi, dukungan sosial dan pekerjaan secara bersama-sama menolong orang dengan gangguan jiwa dan oaring yang mempunyai masalah kesehatan jiwa sehingga bisa aktif kembali di masyarakat.

3. Psikiatri Sosial (*Social Psychiatry*) merupakan bidang psikiatri yang berkonsentrasi pada faktor – faktor lingkungan sosial yang mempengaruhi terjadinya masalah-masalah kesehatan jiwa di masyarakat. Fokus dari psikiatri sosial ini adalah mekanisme hubungan antara faktor lingkungan dengan kejadian gangguan jiwa serta termasuk penyediaan layanan kesehatan jiwa untuk masyarakat
4. Pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit, merupakan pelayanan kesehatan jiwa yang menangani kasus gangguan jiwa yang memerlukan penanganan multidisiplin dan spesifik serta memerlukan perawatan. Beberapa pelayanan yang ada di rumah sakit jiwa seperti Pelayanan Kedaruratan Psikiatri, Day Care, dan Rawat Inap bagi pasien yang memerlukan terapi yang lebih lama.
5. Pelayanan kesehatan jiwa di sarana non kesehatan merupakan pelayanan bagi penderita gangguan jiwa yang menyediakan penanganan dengan keterbatasan tertentu dan perawatan. Beberapa contoh layanan non kesehatan misalnya panti rehabilitasi, pesantren, sarana pemulihan berbasis keagamaan.
6. Pelayanan komunitas adalah pelayanan yang bertujuan untuk mendeteksi kasus di masyarakat, penanganan kasus yang tidak dirawat di institusi dan melanjutkan penanganan kasus rujukan setelah

kembali berada di masyarakat. keluarga dan masyarakat dilibatkan dalam penanganan ini, mulai dari deteksi dini, pilihan penanganan, pengobatan sampai dengan rehabilitasi yang berorientasi pada kebutuhan individu.

7. Rehabilitasi Psikiatrik adalah usaha untuk mengatasi kendala dan keterbatasan pada seseorang sebagai akibat gangguan jiwa terutama gangguan jiwa berat sehingga mampu berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat secara normal. Kegiatan rehabilitasi psikiatrik melibatkan tenaga multidisiplin dimana pasien secara selektif menjalani kegiatan terarah, terpadu dan berkesinambungan di semua tingkatan pelayanan. Rehabilitasi psikiatri mempunyai tiga fokus utama yaitu pada aspek kemandirian, sosialisasi dan kemampuan bekerja sesuai dengan profesi
8. Rumah Singgah, merupakan suatu tempat yang mencakup fasilitas sosial menyediakan pelayanan komprehensif untuk kelangsungan hidup setiap orang termasuk kesehatan yang dibutuhkannya. Rumah ini ditempati untuk sementara sampai seseorang mendapatkan tinggal permanen
9. Lapas, pembangunan kesehatan pada dasarnya menyangkut segala segi kehidupan masyarakat tidak terkecuali para narapidana di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) yang mempunyai hak sama untuk mencapai derajat kesehatan optimal. Menyandang status narapidana memberikan dampak psikologis dan label negatif meskipun mereka telah menunjukkan perubahan sikap yang positif. Narapidana telah mengalami kehilangan kebebasan fisik, terpisah dari keluarga, tidak terpenuhinya hubungan heteroseksual dan gangguan psikologis. Stigma mantan narapidana membuat seseorang mendapat diskriminasi dan sulit kembali ke komunitasnya setelah keluar dari Lapas (Elpinar et al., 2019).

10. *Cnsultation_Liaison Psychiatry*, adalah suatu pendekatan kerjasama tim antara psikiatri dengan bidang spesialis kedokteran lain dalam pelaksanaan suatu kasus medis-psikiatri dan bukan sekedar konsultasi biasa
11. CMHN (*Community Mental Health Nursing*) merupakan pelayanan kesehatan jiwa yang berfokus pada masyarakat dimulai dari pelayanan tingkat kabupaten/kota, psukesmas, kelompok khusus sampai keluarga.

Pada uraian selanjutnya, penulis membahas khusus terkait dengan CMHN, CLMHN dan DKJPS yang merupakan program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa yang ada di Indonesia.

CLMHN (*Consultation Liasion Mental Health Nursing*)

Consultation Liason Psychiatry mulai berkembang pada perang dunia kedua ketika departemen kejiwaan dan psikiatris bergabung dengan rumah sakit umum. Tidak lama kemudian, pasien psikiatrik sebagian besar dirawat dirumah sakit jiwa terpisahkan dengan pasien non psikiatri, hal ini menyebabkan terpisahnya tenaga kesehatan antara pasien psikiatrik dan non psikiatrik. dalam situasi ini, ketika pasien gangguan mental menderita penyakit fisik selama rawat inap di rumah sakit umum, mereka dibiarkan tanpa perawatan medis yang diperlukan, hal inilah yang melatarbelakangi munculnya *Consultation Liason Psychiatry* (Karlović et al., 2018).

Seorang perawat liaison konsultasi psikiatrik (PCLN) adalah seorang perawat praktik tingkat lanjut yang mempraktikkan perawatan psikiatris dan kesehatan mental dalam lingkungan medis, menyediakan konsultasi dan pendidikan kepada pasien, keluarga, tim perawatan kesehatan, dan masyarakat, sehingga PCLN dapat memberikan penilaian, rekomendasi, dan / atau terapi suportif kepada pasien yang mengalami kesulitan mengatasi masalah mental mereka akibat penyakit yang dialami (Stuart, 2013).

Consultation Liasion Mental Health Nursing (CLMHN) dapat diartikan pelayanan konsultasi pelayanan keperawatan kesehatan mental yang diberikan kepada pasien dirumah sakit umum. CLMHN penting dalam membantu mengurangi gejala distress pada pasien, mengurangi stigma untuk memberikan bantuan kepada pasien yang mengalami gangguan mental dan hubungan antara pasien gangguan mental dengan perawat generalis (Merritt & Procter, 2010).

Seorang liaison nurse hendaknya memiliki kualifikasi sebagai perawat spesialis jiwa. Hal ini karena dalam penerapan CLMHN, peran seorang liaison nurse adalah memberikan bimbingan, konsultasi, edukasi dan dukungan kepada perawat generalis dan tenaga profesional kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan kepada pasien di setting non-spesialis (misalnya: RSUD, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Inap Medik). Peran ini dapat dilakukan secara direct (kepada pasien dan keluarga) maupun indirect (kepada profesional kesehatan pemberi perawatan pasien). Selain itu, CLMHN juga berfungsi sebagai sumber daya pendidikan kesehatan mental, pengembangan kebijakan, serta penghubung antara pelayanan umum dan psikiatri(Sharrock & Happell, 2001).

CMHN (*Community Mental Health Nursing*)

Comunity Mental Health Nursing adalah upaya untuk mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa dengan tujuan pasien yang tidak tertangani di masyarakat akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik. Pelayanan kesehatan jiwa berfokus pada masyarakat dimulai dari pelayanan tingkat kabupaten/kota, puskesmas, kelompok khusus sampai keluarga. Pelayanan ini dikenal dengan keperawatan kesehatan jiwa masyarakat atau *community mental health nursing* (CMHN). Pelayanan kesehatan jiwa di CMHN ini dimulai dari level lanjut (*advance*), menengah (*intermediate*), dan dasar (*basic*). Pemberdayaan seluruh potensi dan sumber daya masyarakat dilaksanakan dalam bentuk pengembangan desa siaga sehat jiwa (DSSJ), serta melakukan revitalisasi kader dengan membentuk kader kesehatan jiwa (KKJ)

sebagai fasilitator masyarakat dalam mengembangkan kesehatan jiwa masyarakat. Pada kelompok khusus dapat dibentuk kelompok swadaya (self help group—SHG) dan usaha kesehatan sekolah tentang kesehatan jiwa (UKSJ). (Ah. Yusuf, Hanik Endang Nihayati, 2015)

Keperawatan kesehatan jiwa komunitas / CMHN merupakan pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik dan paripurna dimana berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stres dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan. Perawat bekerja sama dengan klien, keluarga dan tim kesehatan lain dalam melakukan sebuah tindakan.

Kegiatan CMHN juga bertujuan untuk memberdayakan masyarakat khususnya klien dan keluarga agar mampu mandiri memenuhi kebutuhannya serta meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah (Keliat et al., 2017). Tindakan yang dilakukan oleh perawat CMHN adalah memberikan asuhan keperawatan pada klien sehat, resiko dan gangguan jiwa. Keluarga sebagai bagian dari masyarakat merupakan sumber daya yang memiliki potensi untuk dilibatkan dalam pelayanan terhadap klien gangguan jiwa, psikososial maupun klien sehat jiwa. Kegiatan ini dinyatakan sukses dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa masyarakat sebagai contoh masalah kesehatan di Aceh maupun di Kepulauan Nias, oleh sebab itu program ini diikuti oleh berbagai daerah di Indonesia.

Hukum yang mengatur tentang keperawatan jiwa diatur oleh (Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945., n.d.) diantaranya yaitu: UUD 1945 pasal 28H (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, (2) Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan. Selain itu terdapat di Pasal 28J (1) Setiap orang wajib menghormati hak asasi manusia orang lain dalam tertib kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Selain diatur oleh UUD 1945 ternyata dituliskan juga dalam undang-undang no. 18 tahun 2014

tentang kesehatan jiwa serta dalam undang-undang no. 36 tahun 2009 tentang kesehatan Pasal 147 ayat (1) “Upaya penyembuhan penderita gangguan kesehatan jiwa merupakan tanggung jawab pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat”. Pasal 148 ayat (1) UU Kesehatan yang menyatakan “Penderita gangguan jiwa mempunyai hak yang sama sebagai warga negara”.

Aspek legal dan etik dalam perawatan sangat penting untuk melindungi hak-hak pasien dan mempengaruhi standart perawatan pasien. Perawat juga diharapkan memahami perundang-undangan yang mengatur praktik pelayanan keperawatan. Hal ini bertujuan untuk melindungi perawat dan pasien dari pelanggaran HAM, etik dan hukum yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan (Wuryaningsih, E W., 2018)

Mekanisme pelaksanaan pengorganisasian desa siaga sehat jiwa adalah:

1. Wilayah kerja puskesmas dibagi dua untuk 2 orang perawat CMHN. Misalnya ada 20 desa maka masing-masing perawat bertanggung jawab pada 10 desa.
2. Perawat CMHN bersama tokoh masyarakat menetapkan satu desa untuk dikembangkan menjadi desa siaga sehat jiwa.
3. Perawat CMHN bersama tokoh masyarakat pada tingkat desa menetapkan calon kader kesehatan jiwa pada tingkat dusun. Tiap dusun minimal 2 kader kesehatan jiwa.

Pengelompokkan keluarga pada desa siaga sehat jiwa berdasarkan asuhan keperawatan yang diberikan yaitu asuhan keperawatan diberikan kepada keluarga yang sehat, risiko dan gangguan. Keluarga yang sehat dikelompokkan dalam usia:

1. Keluarga dengan bayi 0-18 bulan
2. Keluarga dengan kanak-kanak 18-36 bulan
3. Keluarga dengan pra sekolah 3-6 tahun
4. Keluarga dengan anak sekolah 6-12 tahun

5. Keluarga dengan remaja 12-18 tahun
6. Keluarga dengan dewasa muda 18-25 tahun
7. Keluarga dengan dewasa 25-65 tahun
8. Keluarga dengan lansia > 65 tahun



Manajemen Perawatan dan pelayanan keperawatan jiwa komunitas, diantaranya Pengarahan,

Pengarahan adalah langkah ketiga dari fungsi manajemen yaitu pelaksanaan perencanaan kegiatan dalam bentuk tindakan untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Kegiatan pengarahan yang akan dilaksanakan pada pelayanan keperawatan kesehatan jiwa komunitas adalah menciptakan budaya motivasi, menerapkan manajemen waktu, melaksanakan pendelegasian, melaksanakan supervisi dan komunikasi yang efektif, melakukan manajemen konflik.

1. Manajemen Waktu adalah penggunaan secara optimal waktu yang dimiliki. Pada desa siaga sehat jiwa manajemen waktu diterapkan dalam bentuk penerapan rencana kegiatan bulanan untuk perawat CMHN dan kader kesehatan jiwa masyarakat. Aktivitas manajemen waktu dievaluasi melalui instrumen evaluasi perencanaan.

2. Pendelegasian adalah melakukan pekerjaan melalui orang lain. Dalam organisasi pendelegasian dilakukan agar aktivitas organisasi tetap berjalan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pendelegasian dilaksanakan melalui proses : 1) Buat rencana tugas yang perlu diselesaikan, 2) Identifikasi kemampuan kader kesehatan jiwa yang akan melaksanakan tugas, 3) Komunikasikan dengan jelas apa yang akan dikerjakan dan apa tujuannya, Jika kader kesehatan jiwa tidak mampu melaksanakan tugas karena menghadapi masalah tertentu maka perawat CMHN harus bias menjadi contoh peran dan menjadi nara sumber untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi, 4) Evaluasi kinerja setelah tugas selesai
3. Supervisi, kegiatan supervisi dilaksanakan untuk menjamin kegiatan pelayanan kesehatan jiwa sesuai dengan pedoman yang telah ditetapkan. Fasilitator nasional, fasilitator provinsi dan dinas kesehatan melakukan supervise satu kali sebulan terhadap fasilitator lokal, perawat CMHN dan kader kesehatan jiwa masyarakat, fasilitator lokal dan kepala puskesmas melakukan supervisi dua kali seminggu terhadap perawat CMHN dan kader kesehatan jiwa. Sedangkan perawat CMHN melakukan supervisi satu kali seminggu terhadap kader kesehatan jiwa.

Hal yang di supervisi adalah kemampuan fasilitator local, perawat CMHN dan kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan tugasnya terkait aspek manajerial dan asuhan keperawatan.
4. Manajemen Konflik, konflik adalah perbedaan pandangan dan ide antara satu orang dengan orang yang lain.

DKJPS (Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial)

Program keperawatan bencana bertujuan untuk memastikan bahwa perawat mampu untuk mengidentifikasi, mengadvokasi dan merawat dampak dari semua fase bencana termasuk didalamnya berperan aktif dalam perencanaan dan kesiapsiagaan bencana. Bencana

dalam hal ini tidak hanya yang disebabkan oleh alam tapi termasuk juga dengan yang disebabkan oleh non alam seperti pandemic covid-19.

Pada DKJPS ini menekankan pada tindakan keperawatan yang terbagi dalam tiga tahapan bencana yaitu :

1. Pra Bencana meliputi Pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan. Pada tahap ini merupakan kondisi pada lokasi non bencana pada daerah yang rawan terjadinya bencana seperti daerah pantai, pegunungan, jalur gempa, pinggiran sungai, dan lokasi pemukiman yang padat gedung – gedung tinggi dengan perilaku yang muncul menerima atau menyangkal. Adapun peran dari relawan pada tahap ini yaitu persiapan, melatih masyarakat, meningkatkan pengetahuan masyarakat, sementara peran dari tenaga kesehatan jiwa profesional yaitu : perencanaan kesiagaan bencana, melatih tenaga kesehatan setempat, meningkatkan pengetahuan mitigasi, kolaborasi dengan pemerintah setempat yang berwenang, menginformasikan kebijakan yang dapat dipertanggung jawabkan, menyusun tim pertolongan pertama dengan terstruktur, serta membangun sistem peringatan bencana.
2. Bencana, tanggap darurat (*impact, rescue, dan recovery*) merupakan kondisi saat bencana benar-benar sedang terjadi yang biasanya disertai dengan adanya kematian, kerusakan dan keikhlasan harta benda, serta perpisahan dengan orang yang dicintai dengan perilaku yang muncul agresif/pasif. Pasrah, menyerah, dan lain-lain. Peran dari relawan yaitu memberikan pertolongan, evakuasi dan pengungsian, sementara peran dari tenaga kesehatan professional seperti pemenuhan kebutuhan dasar, mengkaji lingkungan dari kemungkinan ancaman bahaya seperti melakukan pengkajian pertama pada psikologis, memantau lingkungan yang dapat mencetuskan stress, melindungi penyintas dari kemungkinan bahaya dan memberikan bantuan teknis, konsultasi dan pelatihan.

3. Pasca Bencana yang menyebabkan trauma, dimana jika diperlukan penanganan lebih lanjut dapat dilakukan rehabilitasi. Perilaku yang muncul dapat berupa resiliensi ataupun kelelahan. Peran dari relawan pada tahap ini seperti orientasi, penyediaan kebutuhan, pencarian dan sebagainya. Peran dari tenaga kesehatan jiwa profesional pada tahap ini seperti pengkajian kebutuhan lanjut, mengkaji status terkini, triase bencana, sosialisasi dan penyebaran informasi.

Pada masa pandemi covid 19 DKJPS lebih difokuskan pada memberikan promosi, prevensi dan pemulihan masalah kesehatan jiwa dan psikososial bagi masyarakat terdampak COVID – 19 (Keliat et al., 2020). Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) sebagai organisasi keperawatan jiwa di Indonesia telah dilibatkan oleh kementerian kesehatan dalam penanganan masalah psikososial bagi masyarakat yang terdampak covid-19 yang diawali ketika pengiriman tenaga kesehatan untuk memberikan dukungan kesehatan jiwa psikososial bagi warga Indonesia yang kembali dari Wuahn di Pulau Natuna, kepulauan Riau. Beberapa terapi terkait dengan masalah psikososial yang dapat diberikan pada masyarakat terdampak covid -19 yaitu ; membangun pikiran positif, membangun spiritual positif, latihan Tarik napas dalam, latihan otot progresif, latihan berpikir positif, latihan berfokus pada lima jari dan latihan menghentikan pikiran yang mengganggu. Sampai saat ini IPKJI masih terus melaksanakan pelatihan DKJPS secara online untuk terhadap relawan untuk memberikan pendampingan psikososial bagi setiap warga yang terdampak covid-19.

Daftar Pustaka

- Ah. Yusuf, Hanik Endang Nihayati, R. F. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Salemba medika.
- Elpinar, Indriastuti, D., & Susanti, R. W. (2019). Hubungan Dukungan Emosional Keluarga dan Kebutuhan Spiritual dengan. *Faktor Penyebab Stres Pada Tenaga Kesehatan Dan Masyarakat Pada Saat Pandemicovid-19*, 3(2), 1–9. <https://stikeskskendari.e-journal.id/JK>
- Karlović, D., Gurović, A., Peitl, V., Ravlić, I. I., Crnković, D., & Vidrih, B. (2018). Consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine, a university hospital center sestre milosrdnice model. *Alcoholism and Psychiatry Research*, 54(1), 45–56. <https://doi.org/10.20471/may.2018.54.01.04>
- Keliat, B. A., Helena, N., & Daulima, C. (2017). Analisis Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan Community Mental Health Nursing Di Aceh. *Idea Nursing Journal*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.52199/inj.v8i1.8697>
- Keliat, B. A., Marlina, T., Windarwati, H. D., Mubin, F., Kristaningsih, T., D, A. P., Trihadi, D., & Kembaren, L. (2020). *Buku-DKJPS-COVID-19_Keperawatan-Jiwa_Edisi2-compressed-2.pdf* (I). Fakultas Ilmu Keperawatan Indonesia.
- Merritt, M. K., & Procter, N. (2010). Conceptualising the functional role of mental health consultation-liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory. *Contemporary Nurse*, 34(2), 158–166. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.34.2.158>
- Sharrock, J., & Happell, B. (2001). The role of the psychiatric consultation-liaison nurse in the improved care of patients experiencing mental health problems receiving care within a general hospital environment. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 11(2–3), 260–270. <https://doi.org/10.5172/conu.11.2-3.260>
-

- Stuart, G. W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. In *Elsevier, Mosby* (10th ed., Vol. 81, Issue 12). Elsevier.
- Wuryaningsih, E W., et al. (2018). *Keperawatan Kesehatan Jiwa 1*. UPT Percetakan & penerbitan Universitas Jember.

Profil Penulis



I Dewa Gede Candra Dharma

Lahir di Tampaksiring, Gianyar, Bali pada tahun 1985. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan jiwa dimulai pada tahun 2002 silam ketika penulis menginjak di bangku SMA yang merasa ada keunikan dan membutuhkan cara yang berbeda ketika mendalami ilmu jiwa. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta dengan memilih jurusan Program Studi Ilmu Keperawatan pada Tahun 2004. Tahun 2013 penulis melanjutkan pendidikan Profesi Ners di STIKes Wira Medika Bali. Pada tahun 2019 mengambil program Magsiter Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Tahun 2008 sampai 2010 Bekerja di Rumah Sakit Surya Husada Denpasar di Ruang Rawat Inap dan Operator ESWL. Tahun 2011 sampai sekarang bekerja di STIKes Wira Medika Bali

Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Jiwa. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Selain peneliti, penulis juga mulai aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: deameword@gmail.com

TERAPI MODALITAS DAN TERAPI JIWA

Ahmad Guntur Alfianto, S. Kep., Ners, M. Kep.

STIKES Widyagama Husada Malang

Pengertian Terapi Modalitas

Gangguan jiwa atau penyakit jiwa merupakan penyakit dengan penyebab yang beragam. Penyebab gangguan jiwa yang telah diidentifikasi meliputi penyebab pada area biologis, psikologis, dan sosiokultural. Dalam konsep adaptasi stres, penyebab perilaku maladaptif dikonstruksikan sebagai tahapan mulai dari faktor predisposisi, pencetus stresor, kemampuan menilai stresor, sumber koping yang dimiliki, dan bagaimana mekanisme koping yang dipilih oleh individu. Sehingga, seorang profesional mampu menentukan apakah perilaku individu adaptif atau maladaptif.

Ada banyak perbedaan pendapat di antara para ahli kesehatan mental tentang apa itu gangguan mental dan bagaimana gangguan perilaku terjadi. Perbedaan pandangan tersebut tertuang dalam bentuk model konseptual kesehatan jiwa. Pandangan psikoanalisis berbeda dengan pandangan model sosial, perilaku, eksistensial, medis, dan adaptasi stres. Setiap model memiliki pendekatan unik dalam cara menangani gangguan mental, termasuk modalitas terapeutik. Dari cara pandang tersebut keperawatan sebagai profesi kesehatan juga memandang permasalahan tentang masalah mental menjadi fokus dalam asuhan keperawatan.

Keperawatan jiwa merupakan bidang kesehatan yang memanfaatkan terapi modalitas sebagai terapi utamanya. Sebagai terapis, perawat harus mampu mengubah perilaku maladaptif pasien/klien menjadi adaptif dan meningkatkan potensi pasien. Keperawatan jiwa meliputi terapi seperti terapi individu, terapi keluarga, terapi bermain, terapi lingkungan dan terapi aktivitas kelompok. Teknik terapi modalitas dilakukan secara manual atau dengan memodifikasi lingkungan dengan mengubah seluruh lingkungan menjadi lingkungan terapeutik bagi klien. Ini memberikan kesempatan bagi klien untuk belajar dan mengubah perilaku dengan berfokus pada nilai-nilai.

Keperawatan jiwa dalam memberikan asuhan keperawatannya berfokus kepada pemberian terapi, termasuk didalamnya terdapat terapi modalitas sebagai terapi utama. Terapi ini diberikan dalam upaya mengubah perilaku pasien/klien dari perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. Terapi modalitas keperawatan kesehatan jiwa merupakan salah satu jenis terapi nonfarmakologis yang dilakukan dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan sikap klien, dengan harapan dapat terus berkarya dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan sistem pendukung yang ada. Prinsip dari terapi ini adalah pada proses penyembuhan pasien/klien.

Tujuan Terapi Modalitas

Berikut adalah tujuan seorang perawat jiwa dalam melakukan terapi modalitas pada kliennya:

1. Meningkatkan kesadaran salah satu perilaku pasien
2. Meredakan gejala gangguan jiwa
3. Menunda perburukan
4. Bantuan dalam beradaptasi dengan situasi saat ini
5. Membantu keluarga dan orang yang berarti
6. Mempengaruhi keterampilan perawatan diri
7. Meningkatkan aktivitas
8. Meningkatkan kemandirian

Peran Perawat dalam Memberikan Terapi Modalitas

Peran perawat secara umum adalah sebagai pemimpin, fasilitator, evaluator, dan motivator. Namun disisi lain seorang perawat harus mampu melakukan peran sebagai pemberi asuhan keperawatan dalam hal ini melakukan intervensi dan implementasi keperawatan berupa pemberian terapi. Peran perawat dalam pemberian terapi modalitas amatlah sangat penting. Berikut adalah peran perawat yang dapat dilakukan saat memberikan terapi modalitas:

1. Edukasi dan reorientasi semua anggota keluarga, misalnya perawat menjelaskan tentang pentingnya komunikasi, apa visi keluarga secara keseluruhan, apa harapan yang dimiliki semua anggota keluarga.
2. Memberikan dukungan kepada klien dan sistem yang mendukung klien untuk mencapai tujuan dan upaya yang dilakukan untuk berubah. Perawat memastikan bahwa anggota keluarga klien mampu memecahkan masalah yang dihadapi anggota keluarganya
3. Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan sumber daya pelayanan kesehatan. Perawat merujuk pada institusi kesehatan yang harus bekerja sama dengan keluarga dan mereka yang berkonsultasi dengan mereka
4. Memberikan layanan pencegahan primer, sekunder dan tersier melalui konseling, perawatan di rumah, pendidikan.

Jenis Terapi Modalitas dalam Keperawatan Jiwa

1. Terapi Individu

Terapi individu adalah jenis hubungan yang terjalin antara perawat dan pasien untuk mengubah perilaku pasien. Suatu hubungan yang disengaja, dilakukan secara sistematis dan diharapkan menghasilkan perubahan perilaku. Terapi ini adalah contoh hubungan terstruktur dalam terapi individu. Klien diharapkan mampu menghilangkan tekanan

emosional, dan mengembangkan cara yang tepat untuk memenuhi kebutuhan dasar.

Tahapan yang muncul pada terapi ini adalah sebagai berikut:

a. Tahap orientasi

Tahap orientasi asuhan keperawatan dilakukan pada saat perawat pertama kali berinteraksi dengan pasien. tindakan pertama yang harus dilakukan adalah membangun hubungan saling percaya dengan klien. Hubungan antara perawat dan klien sangat penting, karena dengan terjalinnya rasa saling percaya, klien dapat diajak untuk mengungkapkan segala permasalahannya dan berpartisipasi dalam memecahkan masalah yang dialami, selama berhubungan dengan perawat. Ketika hubungan saling percaya telah terjalin dengan baik, tahapan kepercayaan yang meliputi klien dan perawat membahas apa penyebab munculnya masalah yang terjadi pada klien, jenis konflik yang terjadi, serta dampak dari masalahnya kepada klien. Tahap orientasi diakhiri dengan kesepakatan antara perawat dan klien tentang tujuan yang ingin dicapai dalam hubungan perawat-klien dan bagaimana kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut.

b. Tahap Kerja

Pada tahap ini perawat memiliki peran yang sangat penting sebagai terapis dalam memberikan intervensi keperawatan bersama. Keberhasilan pada tahap ini ditandai dengan kemampuan perawat untuk mengeksplorasi dan mengeksplorasi klien untuk mengungkapkan masalahnya. Pada tahap ini, penting juga bahwa klien memiliki terapis. Terapis membantu klien untuk mengembangkan pemahaman yang lebih baik tentang dirinya sendiri, dan apa yang terjadi padanya.

c. Tahap Terminasi

Tahap terminasi terjadi ketika klien dan perawat sepakat bahwa masalah yang mengawali pembentukan hubungan terapeutik telah selesai, dan klien telah mampu mengubah perilaku dari maladaptif menjadi adaptif. Pertimbangan lain untuk terminasi adalah ketika klien merasa lebih baik, ada peningkatan fungsi diri, sosial, pekerjaan, dan yang paling penting tujuan terapi telah tercapai.

2. Terapi Lingkungan

Terapi ini mengubah atau mengatur lingkungan untuk menciptakan perubahan pada klien dari perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. Proses terapeutik dilakukan dengan mengubah seluruh lingkungan sehingga menjadi lingkungan terapeutik bagi klien. Terapi ini bertujuan menjadikan lingkungan yang terapeutik dengan fokus pada penyediaan kesempatan bagi klien untuk belajar dan mengubah perilaku mengenai nilai terapeutik dari aktivitas dan interaksi.

3. Terapi Biologis

Penerapan terapi biologis atau terapi fisik didasarkan pada model medis. Konsep terapi ini memadamkan bahwa gangguan jiwa dipandang sebagai penyakit. Pandangan model ini berbeda dengan model konsep terapi lain yang memandang bahwa gangguan jiwa murni disebabkan oleh gangguan jiwa semata tanpa mempertimbangkan kelainan patofisiologis. Proses terapeutik dilakukan dengan melakukan penilaian terhadap gejala tertentu pada sindrom tertentu. Perilaku tidak biasa yang luar biasa karena perubahan biokimia tertentu.

Ada berbagai jenis terapi somatik yang tersedia untuk membantu gangguan mental, seperti obat-obatan (obat-obatan, psikofarmasi), intervensi nutrisi, terapi kejang listrik (ECT), fototerapi, dan pembedahan otak. Beberapa terapi yang masih diterapkan dalam

pelayanan kesehatan antara lain obat psikoaktif dan terapi kejang listrik.

4. Terapi Kognitif

Prinsip terapi ini adalah memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Proses terapeutik dilakukan dengan membantu menemukan stressor penyebab gangguan jiwa, kemudian mengidentifikasi dan mengubah pola pikir dan keyakinan yang tidak tepat.

Terapis kognitif percaya bahwa gangguan perilaku hasil dari pikiran yang tidak akurat dan pola keyakinan. salah satu prinsip terapi ini adalah mengubah pola pikir dan keyakinan. Tujuan asuhan adalah membantu klien untuk mengevaluasi kembali ide, nilai, dan harapan mereka, dan kemudian menyusun perubahan kognitif.

Tujuan dari terapi kognitif sebagai berikut:

- a. Mengembangkan pola berpikir rasional.
- b. Mengubah pola berpikir irasional Gangguan perilaku sering menimbulkan pola pikir rasional berdasarkan fakta dan informasi yang sebenarnya.
- c. Membentuk perilaku baru dengan pesan internal. Modifikasi perilaku oleh lebih banyak lagi pertama, ubah pola pikir Anda.

5. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah terapi yang diberikan kepada seluruh anggota keluarga, dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsi sebagai terapis. Terapi ini bertujuan untuk membantu anggota keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa. Untuk itu, sasaran utama dari jenis terapi ini adalah keluarga yang disfungsi; yaitu keluarga yang tidak mampu menjalankan fungsi yang dituntut oleh anggotanya.

Dalam terapi keluarga, masalah yang dirasakan diidentifikasi dan setiap anggota keluarga kemudian

diberi penyebab masalah dan peran yang mereka mainkan dalam munculnya masalah.

Proses terapi keluarga terdiri dari tiga tahap: menyetujui proses, melakukan pekerjaan, dan mengakhiri proses. Pada fase pertama, perawat dan klien mengembangkan hubungan saling percaya, masalah keluarga diidentifikasi, dan tujuan terapi ditetapkan bersama. Kegiatan pada fase kedua atau fase kerja adalah keluarga dibantu oleh perawat sebagai terapis berusaha mengubah pola interaksi antar anggota keluarga, meningkatkan kompetensi setiap anggota keluarga, dan menggali batas-batas dalam keluarga serta peraturan yang ada. Terapi terkadang berakhir dengan pemecahan masalah. Keluarga juga diharapkan dapat mempertahankan perawatan yang berkesinambungan.

6. Terapi Rekreasi

Terapi rekreasi dapat melibatkan keluarga dalam kegiatan seperti pergi berlibur, mengunjungi kerabat, dan melakukan kegiatan kelompok seperti senam, berenang, dan lain sebagainya. Terapi ini menggunakan aktivitas di waktu senggang dirancang untuk memungkinkan seseorang melakukan aktivitas secara konstruktif dan bahagia, serta mengembangkan keterampilan sosial. Tujuan penerapan terapi rekreasi pada lansia adalah agar lansia tetap aktif, kreatif, dan bersemangat dalam menjalani kehidupannya.

Terapi ini sering dan efektif dilakukan oleh lansai. Kegiatan terapi ini lebih di fokuskan kepada peningaktakan kesejahteraan kesehatan jiwa pada lansai. Terapi ini dapat dilakukan melalui pendampingan oleh keluarga dengan malekukan hal yang sederhana seperti contoh diatas.

Terapi rekreasi juga sangat efektif bagi pasien yang menarik diri, karena pada pasien yang menarik diri, interaksi sosialnya kurang. Proses terapi rekreasi memungkinkan pasien untuk mengubah sikap dan perilaku mereka, yang mengarah ke sosialisasi yang

lebih besar dalam interaksi dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya. Manfaat terapi rekreatif khususnya bagi klien gangguan jiwa adalah dalam bidang peningkatan fungsi sensorik, persepsi, dan kognitif, serta perkembangan sosialisasi dan emosional.

7. Terapi Berkebun

Terapi ini sering dinamakan dengan terapi Hortikultural. Hortikultura adalah kegiatan pertanian yang menggunakan media tanaman. untuk berbagai tujuan.

Manfaat berkebun telah menurut Bortz dan Gal (dalam Fetherman, 2004) yaitu meningkatkan perilaku motorik, mengatasi keberhasilan atau kegagalan, meningkatkan keterampilan sosial dalam kelompok, berkomitmen dan bertanggung jawab, membangun harga diri, meningkatkan kemampuan kognitif, sebagai ekspresi diri dan kreativitas, kesempatan untuk pergi keluar (outdoor), memiliki aktivitas, dan sebagai rekreasi. Penerapan hortikultura dapat dilakukan di berbagai tempat, seperti rumah sakit, panti jompo, panti sosial, pusat rehabilitasi dan sekolah. Terapi ini biasanya dilakukan oleh lansia, orang dengan permasalahan motorik kasar hingga masalah mental.

Berikut adalah manfaat dari terapi berkebun:

a. Tanah sebagai antidepresan

Tanah ternyata memiliki efek pada otak, sama seperti antidepresan, yakni meningkatkan mood. Hasil penelitian dari *University of Bristol* dan *University College London* menunjukkan bahwa ada bakteri di dalam tanah yang dapat mempengaruhi perilaku seperti antidepresan.

Bakteri di dalam tanah dapat membuat neuron di otak memproduksi serotonin, yang bertanggung jawab untuk membuat orang merasa bahagia. Saat seseorang berkebun, seseorang bersentuhan

dan menghirup bakteri ini. Mikroba dari alam juga membantu meningkatkan fungsi kognitif.

- b. Mampu meningkatkan Permasalahan internal dan eksternal

Permasalahan internal dan eksternal merupakan suatu kumpulan dari *mindfulness*. *Mindfulness* merupakan keadaan di mana seorang individu sepenuhnya tenggelam dalam momen saat ini. *Mindfulness* sering dikaitkan dengan aktivitas yang bermanfaat untuk mengurangi stres, kecemasan, risiko depresi, insomnia, dan produktivitas.

Menurut psikoterapis Hilda Burke, berkebun membantu anda fokus pada keadaan hati anda. Keadaan penuh perhatian ini sering terjadi ketika anda lupa waktu dan tidak terus-menerus sibuk memikirkan hal-hal lain, seperti membuat rencana atau mengulangi peristiwa masa lalu. Berkebun memungkinkan anda mengesampingkan semua hal lain, dan fokus pada saat ini.

- c. Meningkatkan kesehatan otak

Selain manfaat fisik dari berkebun, juga melatih pikiran. Aktivitas ini mengaktifkan beberapa fungsi otak kita, termasuk mempelajari hal-hal baru, memecahkan masalah, dan kewaspadaan. Berkebun dapat membantu pikiran kita tetap aktif. Beberapa penelitian juga menemukan bahwa berkebun telah terbukti menawarkan manfaat bagi pasien dengan demensia dan Alzheimer.

8. Terapi Bermain

Terapi bermain diterapkan karena ada asumsi dasar bahwa anak akan mampu berkomunikasi lebih baik melalui bermain daripada melalui ekspresi verbal. Dengan keterampilan seorang perawat, perawat dapat menilai tingkat perkembangan, status emosional,

hipotesis, diagnosa, dan intervensi untuk mengatasi masalah anak.

Prinsip-prinsip terapi bermain antara lain membina hubungan yang hangat dengan anak, mencerminkan perasaan anak yang terpancar melalui permainan, percaya bahwa anak dapat memecahkan masalah, dan kemudian menafsirkan perilaku anak. Terapi bermain juga dianjurkan bagi klien yang mengalami stres pasca trauma, gangguan identitas disosiatif, dan klien yang mengalami persekusi.

9. Terapi Perilaku

Terapi ini berasal dari suatu asumsi bahwa seseorang berperilaku muncul diakibatkan dari suatu proses belajar. Pada proses terapi ini lebih difokuskan pada role model, kondensoning operan, destinasti sistematis, pengadilan diri dan terapi aversi atau releks kondisi.

Prinsip-prinsip terapi bermain antara lain membina hubungan yang hangat dengan anak, mencerminkan perasaan anak yang terpancar melalui permainan, percaya bahwa anak dapat memecahkan masalah, dan kemudian menafsirkan perilaku anak. Terapi bermain juga dianjurkan bagi klien yang mengalami stres pasca trauma, gangguan identitas disosiatif, dan klien yang mengalami persekusi.

Terapi Perilaku yang sangat cocok diterapkan pada klien fobia adalah *Systematic Desensitization*. Desensitisasi Sistematis adalah teknik untuk mengatasi kecemasan terhadap suatu stimulus atau objek secara bertahap. Untuk membantu seseorang mengatasi kecemasan, mereka secara bertahap diperkenalkan dengan stimulus yang menyebabkan kecemasan.

Untuk mengatasi perilaku maladaptif, klien dapat dilatih dengan menggunakan teknik sebagai berikut: pengendalian diri. Bentuk latihannya adalah orang mengganti kata-kata dengan kata-kata yang lebih positif. Jika ini berhasil, klien akan memiliki

kemampuan untuk mengontrol perilaku mereka untuk mengurangi tingkat kesusahan mereka. Mengubah perilaku dapat dicapai dengan memberikan penguatan negatif. Tekniknya adalah memberi orang pengalaman ketidaknyamanan untuk mengubah perilaku mereka yang maladaptif. Bentuk ketidaknyamanan, dapat berupa menghilangkan rangsangan positif sebagai “hukuman” atas perilaku maladaptif tersebut. Dengan teknik ini, klien belajar untuk tidak mengulangi perilakunya untuk menghindari konsekuensi negatif yang akan diterima sebagai akibat dari perilaku negatif tersebut.

10. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi Aktivitas kelompok adalah jenis psikoterapi yang diberikan kepada sekelompok orang dan biasanya dipimpin oleh terapis atau profesional kesehatan mental yang terlatih.

Manfaat dari terapi adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan kemampuan menilai dan menguji realitas (*reality testing*) melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain. Pengujian realitas adalah proses menilai dan menguji realitas melalui penggunaan umpan balik dan komunikasi dengan atau dari orang lain.
- b. Meningkatkan keterampilan sosialisasi pasien
- c. Meningkatkan kesadaran akan pentingnya hubungan antara reaksi emosional diri dengan perilaku defensif (bertahan dari stres) dan adaptasi.
- d. Membangkitkan motivasi untuk kemajuan fungsi psikologis seperti kognitif dan afektif.

Tujuan dari Terapi Aktifitas kelompok sebagai berikut:

- a. Membantu pasien untuk merasa lebih positif tentang diri mereka sendiri.
- b. Membantu pasien mengekspresikan perasaannya dengan cara yang produktif. Membantu pasien

meningkatkan keterampilan sosial mereka dalam kehidupan sehari-hari.

- c. Rehabilitasi: meningkatkan ekspresi diri, keterampilan sosial, kepercayaan diri, keterampilan empati

Daftar Pustaka

- Alfianto, Ahmad Guntur, Ulfa, M. (2021). *Buku Praktikum Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Literasi Nusantara.
- Alfianto, A. G., Apriyanto, F., Diana, M., Studi, P., Keperawatan, I., Widyagama, S., & Malang, H. (2019). Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan. *Jl-KES: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(2), 37–41.
- Alfianto, A. G., & Jayanti, N. D. (2020). Pisang Gen Alfa: A Smartphone Application To Reduce Parenting Stress For Parents With Alpha Generations. *Media Keperawatan Indonesia*, 3(3), 121. <https://doi.org/10.26714/mki.3.3.2020.121-128>
- Damaiyanti. Mukhripan, dan Iskandar. (2012). *Asuhan keperawatan jiwa*. PT. Refika Aditama.
- Keliat, B. A. dkk. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Yosep Iyus, Sutini Titin. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Health Nursing*. Refika Aditama.
- Yusuf. AH. (2019). *Kesehatan Jiwa Pendekatan Holistic Dalam Asuhan Keperawatan*. Mitra Wacana Media.
- Zul Khaedir Abdussamad, Erlia Rosita, Ahmad Guntur Alfianto, Cipta Pramana, Budi Kristianto, Kurniawan Erman Wicaksono, Eka Lutfiatus Solehah, W Wahyuni, Kinanthi Estu Linadi, Budi Prasetyo, Helena Kidi Labot, S. W. P. (2021). *Promosi Kesehatan: Program Inovasi dan Penerapan*. CV. Media Sains Indonesia.

Profil Penulis



Ahmad Guntur Alfianto, S. Kep, Ners, M. Kep

Ahmad Guntur Alfianto adalah anak pertama dari 2 bersaudara. Beliau lahir di Kota Malang pada tanggal 15 Mei 1989. Pendidikan tinggi dimulai dari sarjana keperawatan dan profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan atau sekarang lebih dikenal dengan Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Sedangkan Program Magister Keperawatan diperoleh dari Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Saat ini menjadi dosen di salah satu perguruan tinggi swasta di kota Malang yaitu STIKES Widyagama Husada Malang.

Program yang dikembangkan saat ini adalah bidang keperawatan jiwa dengan kelompok usia sekolah. Saat ini juga mengagagas dan mengembangkan promosi kesehatan jiwa di sekolah dengan program School Mental Health in Rural (SMAIL). Selain itu juga beliau fokus pada kajian riset yang didirikan dengan team dosen keperawatan jiwa, komunitas dan gerontik dengan kelompok riset jamu gendong. Pengalaman riset sudah dimulai sejak tahun 2018 hingga sekarang. Karya buku yang sudah diterbitkan juga saat ini berjumlah 5 buku yang berfokus di kesehatan jiwa, komunitas dan gerontik. Tahun 2021 beliau mendapatkan penghargaan sebagai dosen teladan di STIKES Widyagama Husada dan penghargaan Astra Indonesia satu yang ke 12 sebagai program kesehatan peduli kesehatan jiwa di sekolah.

Email Penulis: ahmadguntur@widyagamahusada.ac.id

KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA

Dr. Ira Kusumawaty, SKp., MKes., MPH

Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang

Pendahuluan

Jalinan komunikasi terapeutik perawat bersama orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) terjadi pada situasi kompleks dan seringkali tidak dapat diprediksi keberhasilannya. Pengalaman pertama mahasiswa keperawatan dalam berkomunikasi bersama ODGJ di bangsal psikiatri penting dikaji guna memberikan solusi metoda pembelajaran komunikasi terapeutik. Tujuan: mengidentifikasi pengalaman mahasiswa keperawatan dalam berkomunikasi terapeutik bersama ODGJ. Metode: studi kualitatif melalui pendekatan fenomenologi, dengan mewawancarai mahasiswa keperawatan. Wawancara semi terstruktur dilakukan peneliti dan data dianalisis dengan menggunakan analisis konten melalui pendekatan induktif. Hasil penelitian mencapai saturasi data setelah mewawancarai 7 partisipan. Sebagai hasil analisis data, telah dirumuskan tiga tema utama berdasarkan 9 kategori. Ketiga tema utamanya meliputi dua kesulitan pelaksanaan komunikasi terapeutik dan satu solusi peningkatan implementasi komunikasi terapeutik. Adanya hambatan psikologis, pemikiran dan persepsi yang membatasi sebagai masalah pertama dan masalah kedua yaitu permasalahan pribadi dan perilaku yang membatasi, sehingga diperlukan solusi yaitu pada tema

diperlukannya lingkungan yang mendukung komunikasi terapeutik. Kesimpulan: Partisipan mengalami keterbatasan dalam mengimplementasikan komunikasi terapeutik. Hasil ini menunjukkan pentingnya penerapan berbagai metoda pembelajaran guna mengoptimalkan komunikasi terapeutik terhadap ODGJ sebagai fondasi dalam membentuk kemampuan praktik klinik mahasiswa keperawatan di setting pelayanan keperawatan psikiatri.

Kata Kunci: keperawatan psikiatri, orang dengan gangguan jiwa, pendidikan keperawatan, praktik keperawatan psikiatri.

Pentingnya Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan Jiwa

Komunikasi memainkan peran sentral dalam psikiatri (D'Antonio et al., 2014; Haron & Tran, 2014) dan terutama dilaksanakan antara pasien dengan perawat, berdasarkan pengetahuan serta pengalaman perawat dalam melaksanakan intervensi terapeutik (Bowen, 2013). Meskipun komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien diperlukan dalam semua setting perawatan kesehatan, kondisi ini dirasakan lebih rumit, sulit, dan kritis, terutama ketika harus berinteraksi bersama orang dengan gangguan jiwa yang parah (Schmidt et al., 2020). Ada kemungkinan besar menghadapi banyak kesulitan seperti ketakutan, stres, kecemasan, kemarahan, dan kelemahan dalam komunikasi dengan ODGJ (Oates et al., 2017). Individu yang mengalami gangguan jiwa kronis seperti skizofrenia motivasi yang rendah di berbagai hal, terutama komunikasi, yang diperberat dengan adanya gangguan cara pemikiran dan ucapan. Kondisi ini mungkin merupakan tantangan bagi pasien dan perawat, mengingat bahwa interaksi antara perawat dalam jangka panjang dengan ODGJ sangat diperlukan (Vuckovic et al., 2021). Kualitas terapi sebagai komponen terpenting dari perawatan psikiatri yang baik (Stuart Gail W, 2019) dan perawat mencurahkan sebagian besar waktu untuk berkomunikasi dengan ODGJ.

Mahasiswa keperawatan merupakan calon penerus profesi keperawatan, mengalami pengalaman pertama saat harus berkomunikasi bersama ODGJ saat menjalani praktik klinik psikiatri. Meskipun mahasiswa keperawatan telah dibekali teori tentang komunikasi terapeutik bagi ODGJ saat menjalani tahap akademik, namun tetap saja muncul keyakinan bahwa ODGJ adalah pasien yang berbahaya, mudah marah, sehingga rentan melakukan kekerasan. Prasangka ini dapat meningkatkan stres dan kecemasan mahasiswa tentang klinik psikiatri (Schmidt et al., 2020). Peningkatan stres dan kecemasan dapat menyebabkan mahasiswa menghindari untuk berada di sekitar orang yang terdiagnosis gangguan jiwa dan membatasi komunikasi terapeutik mereka. Banyak penelitian telah mengungkapkan bahwa meskipun mahasiswa keperawatan psikiatris menerima pelatihan teoritis, mereka mengalami kecemasan dan ketakutan karena keyakinan negatif mereka tentang ODGJ dan ketidakpercayaan atas kondisi mereka (Kusumawaty et al., 2021; Stuart Gail W, 2019). Kesulitan ini dapat menimbulkan keraguan mahasiswa untuk menjalani keperawatan psikiatri sebagai lanjutan karirnya. Fase akademik pada institusi pendidikan perawat harus dianggap sebagai kesempatan yang baik untuk mengembangkan sikap positif dalam memberikan bantuan kepada populasi ODGJ. Penting untuk memahami faktor pendorong maupun penghambat dalam berkomunikasi pada praktik klinis psikiatris. Namun, masih sangat minim penelitian yang menyelidiki kesulitan mahasiswa keperawatan selama berkomunikasi secara terapeutik pada tatanan pelayanan keperawatan psikiatri. Padahal keterampilan komunikasi terapeutik merupakan bagian penting dalam pendidikan keperawatan jiwa. Kontak individu langsung dengan ODGJ penting bagi mahasiswa untuk mengenal dan mengubah perasaan serta perilaku mereka sendiri. Pengalaman individu akan berguna dalam mengembangkan sikap positif yang langgeng terhadap pasien dengan gangguan jiwa (Alfakey & Alkarani, 2021; Chadwick & Porter, 2014). Metoda

Pengumpulan Informasi tentang Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik terhadap ODGJ

Pendekatan fenomenologi digunakan dalam pelaksanaan penelitian kualitatif ini yang bertujuan untuk menyelidiki pengalaman mahasiswa keperawatan dalam berkomunikasi bersama ODGJ. Metode ini dianggap tepat untuk mendapatkan informasi rinci tentang kesulitan yang dimiliki mahasiswa keperawatan dalam berkomunikasi dengan individu yang didiagnosis gangguan kejiwaan (Gabrielsson et al., 2020).

Penelitian ini dilakukan di sebuah institusi pendidikan keperawatan milik pemerintah. Sampel terdiri dari mahasiswa yang telah menyelesaikan tahap akademik dan telah menjalani praktik klinik psikiatri, bersedia terlibat dalam penelitian. Calon partisipan yang ingin berbagi pengalaman mereka diundang untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Sampel ditentukan menggunakan metode purposive sampling dan wawancara mendalam dilaksanakan hingga saturasi data tercapai. Kriteria saturasi untuk menghentikan wawancara ditentukan pada titik ketika tidak ada tema baru yang muncul setelah tiga wawancara berikutnya. Dalam penelitian ini, saturasi data diperoleh dengan 7 partisipan. Usia, jenis kelamin, tempat tinggal, tipe keluarga, status ekonomi, dan data demografis lainnya juga dipotret dalam studi ini. Pertanyaan semi terstruktur disiapkan mengeksplorasi pengalaman mahasiswa keperawatan dalam berkomunikasi dengan individu yang didiagnosis gangguan kejiwaan. Tiga pertanyaan terbuka yang ditanyakan selama wawancara, meliputi:

1. Bagaimana perasaan anda ketika Anda berinteraksi dengan ODGJ?
2. Bagaimana komunikasi terapeutik yang anda terapkan pada ODGJ? Adakah kesulitan yang dihadapi? Bisakah Anda jelaskan?
3. Bagaimanakah cara meningkatkan komunikasi terapeutik dengan ODGJ? Bisakah Anda jelaskan?

Pada tahap berikutnya, partisipan memperoleh penjelasan tentang penelitian ini, dan wawancara individual dilaksanakan setelah mereka menyetujui untuk berpartisipasi. Penentuan waktu dan tempat interview ditetapkan berdasarkan pilihan partisipan. Semua wawancara direkam menggunakan perekam suara setelah menerima izin secara lisan dari partisipan. Data dikumpulkan oleh peneliti menggunakan pertanyaan sesuai pedoman wawancara. Wawancara mendalam dilaksanakan di ruang wawancara yang tenang, dan cukup terang agar partisipan dapat mengekspresikan diri dengan baik, dan wawancara tidak terganggu. Durasi interview berkisar antara 30 hingga 50 menit menggunakan Bahasa Indonesia.

Untuk memastikan kredibilitas, peneliti mencoba mempertahankan interaksi jangka panjang dengan partisipan dan membangun rasa saling percaya. Pada awal wawancara, peneliti menyatakan bahwa para peserta dapat mengekspresikan pandangan mereka dengan bebas dan bahwa setiap pandangan itu berharga. Seluruh wawancara dilakukan oleh peneliti. Wawancara awal dan konsultasi dengan para ahli yang relevan memungkinkan konfirmasi validitas pertanyaan terbuka dalam bentuk wawancara. Dalam semua studi kualitatif, transferabilitas penelitian terbatas, sehingga dilakukan upaya maksimum untuk mendukung temuan dan memastikan bahwa kutipan contoh dari wawancara secara langsung disertakan (D'Antonio et al., 2014).

Data hasil wawancara dievaluasi menggunakan analisis konten, yang merupakan metode analisis data kualitatif. Analisis konten kualitatif bertujuan untuk mendefinisikan dan menafsirkan fenomena yang dipelajari melalui pengkodean, mendefinisikan tema dan mengenali pola. Analisis data dilakukan bersamaan dengan pengumpulan data. Data dibaca dan dievaluasi oleh peneliti beberapa kali. Dalam lingkup evaluasi, kategori utama dan kode pertama didefinisikan. Kemudian, kode serupa dikelompokkan ke dalam kategori, dan tema utama ditentukan. Setelah menyelesaikan proses pengkodean, peneliti merumuskan pernyataan tematik (Oates et al.,

2017). Tema-tema dirumuskan berdasarkan data yang diperoleh.

Implementasi Komunikasi Terapeutik Bagi ODGJ dan Strategi Peningkatan Pelaksanaannya

Tujuh mahasiswa telah berpartisipasi dalam penelitian ini dengan rentang usia partisipan berada pada rentang 20-21 tahun. Lima partisipan berjenis kelamin perempuan dan dua partisipan adalah laki-laki. Mayoritas mahasiswa mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dengan ODGJ. Gejala kejiwaan lainnya yang dilaporkan mahasiswa yang mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dengan ODGJ memiliki gejala depresi dan halusinasi. Sebagai hasil dari analisis data, tiga tema utama dan 9 kategori telah dikembangkan.

Sebagian besar mahasiswa mengatakan mereka mengalami keterbatasan kemampuan berkomunikasi karena adanya hambatan psikologis dalam berkomunikasi dengan ODGJ. Tema ini terdiri dari kategori-kategori bahwa mahasiswa menyatakan mereka mengalami kecemasan dan ketakutan di klinik psikiatri, terutama pada hari pertama mereka praktik dan ketika mereka bertemu pasien baru. Situasi ini dimanifestasikan dalam bentuk kecemasan.

Tabel 5.1 Contoh Proses pembentukan tema

Informasi partisipan	Sering beda pandangan dan pengertian dengan pasien. Pertanyaan saya suka tidak bisa dijawab oleh pasien. Terus saya coba bertanya lagi (P2)
	Saya tidak memaksa pasien untuk menjawab, walaupun pemahaman pertanyaan berbeda. Saya mencoba bertanya kembali dengan pertanyaan berbeda (P4)
	Saya takut berhadapan dengan pasien skizofrenia, jadi saya tidak berkomunikasi dengan pasien skizofrenia waktu pertama kali praktik klinik. Saya pernah mendapat cerita negatif dan sepertinya saya jadi kepikiran itu.

	Saya sadar, takut kalau komunikasi saya salah, makanya suka bertanya sama teman (P3)
	Pasien sering bilang tidak sakit dan akan segera pulang. Mereka tidak suka bicara yang panjang-panjang . Mereka cepat marah, jadi mudah bertengkar dan mengajak berkelahi (P1)
	Pasien merasa sehat saja tapi tidak mau bergabung di lingkungan sosial. Lingkungan sudah memberikan cap negatif atau stigma ke mereka. Mereka dianggap oleh lingkungan adalah orang yang menakutkan karena bisa menyakiti fisik. (P6)
Koding	<p>Interpretasi yang berbeda dari pesan yang disampaikan</p> <p>Keterbatasan persepsi membuat komunikasi menjadi sulit.</p> <p>Meskipun keterbatasan dalam persepsi, tidak perlu memaksa individu untuk berkomunikasi.</p> <p>Individu dengan penyakit mental adalah Individu yang perlu ditakuti</p> <p>Stigma</p>
Kategori utama	<p>Perbedaan pemahaman</p> <p>Prasangka yang tidak disadari</p>
Tema utama	Hambatan psikologis, pemikiran dan persepsi yang membatasi

Catatan: P = Partisipan

Tabel 2. Rumusan kategori dan tema utama

Tema utama	<p>Hambatan psikologis, pemikiran dan persepsi yang membatasi</p> <p>Permasalahan pribadi dan perilaku yang membatasi</p>
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diperlukan lingkungan yang mendukung dalam mengimplementasikan komunikasi terapeutik

Kategori	Kecemasan berfluktuatif Kesenjangan atau perbedaan persepsi Prasangka yang tidak disadari Sikap dan perilaku didasari pengalaman Perbedaan pemahaman Menggunakan pertanyaan terbuka Dorongan untuk menjaga komunikasi Pentingnya mengamati Menyediakan lingkungan yang supportif
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman berkomunikasi mahasiswa keperawatan terhadap ODGJ. Kesulitan dalam mengelola gejala pasien telah berulang kali dialami menjadi permasalahan mayoritas mahasiswa keperawatan. Kondisi tersebut sesuai dengan temuan penelitian sebelumnya (Furnes et al., 2018). Meskipun jelas bahwa para mahasiswa keperawatan menemui banyak barrier dalam komunikasi, sehingga diperlukan proses pengembangan selama proses akademik untuk memperkenalkan pendekatan dalam mengimplementasikan komunikasi terapeutik yang efektif. Hasil penelitian menunjukkan pentingnya keterampilan komunikasi perawat-pasien yang efektif sebagai langkah pertama dalam meningkatkan praktik klinis perawat di bagian psikiatri. Namun, ketersediaan data tentang komunikasi efektif terhadap ODGJ masih sangat terbatas termasuk teori khusus tentang komunikasi yang baik dalam pelayanan psikiatri (Lawrence et al., 2019).

Diperlukan strategi pembelajaran akademik yang mampu memfasilitasi sehingga dapat meningkatkan kemampuan mahasiswa keperawatan untuk beradaptasi ketika harus menjalin interaksi yang terapeutik bersama pasien. Keterpaparan mahasiswa keperawatan secara bertahap

dalam memahami perubahan kondisi psikologis pasien yang terkadang tidak dapat diprediksi merupakan hal yang penting dilatih. Penelaahan dan eksplorasi dalam memahami kondisi psikologis pasien perlu dimulai sejak mahasiswa menjalani praktik klinik, sebelum memasuki lahan praktik psikiatri. Dengan demikian maka mahasiswa dihadapkan pada permasalahan psikologis yang sederhana terlebih dahulu dan kemudian, pada tingkat berikutnya akan berhadapan dengan pasien yang mengalami permasalahan psikologis pada level yang lebih berat. Ketika mahasiswa sudah terbiasa mengeksplorasi kondisi psikologis pasien, maka ketika dihadapkan pada layanan psikiatrik, mahasiswa sudah terlalu merasakan kecemasan dan takut yang berlebihan.

Diantara temuan tersebut, ditentukan bahwa para mahasiswa keperawatan mengalami hambatan psikologis seperti ketakutan, kecemasan, dan stres saat berkomunikasi dengan ODGJ, sebagaimana hasil penelitian serupa lainnya (Wang et al., 2020). Mahasiswa mengalami stres, kecemasan, tentang pasien di klinik psikiatri sehingga mahasiswa menghindari berinteraksi dengan ODGJ dan komunikasi terpengaruh secara negatif (Corrigan, 2000). Ketakutan dan kecemasan dalam berkomunikasi dengan ODGJ dan stigmatisasi gangguan kejiwaan dipandang sebagai hambatan untuk pendidikan keperawatan psikiatri (Ackley et al., 2017).

Penting bagi mahasiswa keperawatan yang akan menjalani praktik klinik psikiatri untuk memiliki lebih banyak memperoleh informasi dan dukungan pembimbing klinik. Memahami beratnya stigma ataupun prasangka negative yang dialami ODGJ menjadi komponen yang juga harus semakin baik dipahami oleh mahasiswa. Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan kunjungan pada keluarga ODGJ ataupun terlibat langsung dalam pelayanan komunitas terhadap ODGJ. Interaksi pada setting komunitas secara langsung berpengaruh dalam menumbuhkan empati mahasiswa, membuat mahasiswa turut merasakan penderitaan ODGJ dan keluarganya. Tumbuhnya empati akan menguatkan

niat mahasiswa untuk memberikan pelayanan dengan baik saat menjalani praktik klinik psikiatri.

Dalam penelitian ini, sejumlah besar peserta menyatakan bahwa mereka mengalami masalah komunikasi karena berbagai prasangka dan struktur persepsi terhadap ODGJ. Prasangka yang mendasari stigmatisasi telah menciptakan beberapa keterbatasan dalam komunikasi mahasiswa dengan pasien. Partisipan lain mengemukakan kecemasan akan menjadi korban kekerasan pasien mengakibatkan keraguan dalam berkomunikasi bersama pasien. Temuan studi yang mirip menunjukkan bahwa, meskipun mahasiswa telah dididik, mereka takut akan kekerasan fisik dari pasien karena mereka pikir ODGJ mungkin memiliki pikiran dan perilaku berbahaya (Cookson et al., 2012; Perkins et al., 2012). Hal ini memperlihatkan bahwa lingkaran stigmatisasi masih tetap mengekang ODGJ yang lebih banyak bersifat sosial dalam struktur budaya (Stuart Gail W, 2019).

Dalam penelitian ini mahasiswa keperawatan telah mengalami beberapa hambatan dalam komunikasi karena kompleksitas pengetahuan, sikap, dan perilaku ODGJ. Emosi pasien, pikiran, dan komunikasi verbal dan nonverbal berkorelasi terhadap perilaku sehingga menciptakan hambatan. Kondisi pembelajaran yang terbatas pada masa pandemic Covid-19 juga turut berperan terhadap kurang maksimalnya pemahaman mahasiswa dalam merawat ODGJ.

Berbicara tentang diagnosis penyakit mental seseorang adalah situasi nonlinier, kompleks, dan bervariasi. Meskipun ada beberapa pedoman tentang cara berkomunikasi dengan pasien, ini tidak sepenuhnya mencakup aspek-aspek tertentu dan kesulitan berkomunikasi dengan ODGJ (Duan & Zhu, 2020; Stuart Gail W, 2019). Namun demikian, para mahasiswa keperawatan menggunakan strategi khusus untuk memenuhi kebutuhan individu untuk membantu terjalannya proses komunikasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mahasiswa keperawatan memiliki motivasi untuk berkomunikasi dan membantu ODGJ.

Melakukan pengamatan, menggunakan pertanyaan yang terbuka diupayakan diterapkan oleh mahasiswa selama merawat ODGJ.

Hasil penelitian lain mengindikasikan bahwa kemampuan mahasiswa dalam berkomunikasi semakin berkembang setelah mereka menjalani praktik klinik psikiatri (Derblom et al., 2021; Rusch et al., 2018).

Empati pada keperawatan psikiatri yang didasarkan pada jalinan komunikasi terapeutik dapat mengurangi persepsi inferioritas terhadap pasien psikiatri dengan cara menghargai, menghormati dan menerima keberadaannya. Hal ini tentunya berkaitan dengan berkurangnya stres, pembentukan konsep diri yang semakin baik, kepuasan interaksi terapeutik antara pasien dan perawat (Happell et al., 2019). Berkaitan dengan kebutuhan penyediaan lingkungan yang adekuat bagi pasien psikiatrik, perlu diketahui detail karakteristik lingkungan sesuai harapan, yaitu lingkungan yang luas, jauh dari kebisingan, menyerupai lingkungan di rumah, tenang, dan tanpa gangguan. Pengaturan lingkungan klinis psikiatri agar memiliki tempat yang tepat sangat krusial dalam pengobatan masalah psikologis. Perawat psikiatri bertanggung jawab untuk menjaga pemenuhan persyaratan lingkungan yang terapeutik.

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa mahasiswa keperawatan menyadari pentingnya menciptakan lingkungan terapeutik. Kekuatan utama penelitian ini adalah penggunaan pendekatan analisis konten kualitatif, mampu memberikan pandangan yang lebih rinci tentang pengalaman mahasiswa keperawatan dalam melaksanakan komunikasi terapeutik bersama ODGJ, hingga mampu memberikan solusi proses pembelajaran teori maupun praktik komunikasi terapeutik dalam pendidikan keperawatan. .

Kesimpulan

Studi ini mengungkapkan bahwa mahasiswa keperawatan mengalami banyak hambatan berkomunikasi terapeutik bersama ODGJ selama menjalani praktik klinik psikiatri. Partisipan menyatakan kesulitan dalam berkomunikasi

dengan ODGJ akibat kecemasan, dan stres saat berkomunikasi dengan ODGJ sebagai bentuk hambatan komunikasi yang timbul secara psikologis akibat komponen pemikiran dan persepsi. Hambatan sikap, perilaku, dan tingkat pengetahuan mahasiswa menjadi hambatan pribadi dan perilaku. Dinamika ini mendukung gagasan bahwa mahasiswa keperawatan yang menjalani praktik psikiatri harus mendapatkan dukungan dan bimbingan. Strategi komunikasi terapeutik yang efektif terhadap ODGJ dapat diupayakan dengan memandang pentingnya penyediaan lingkungan terapeutik. Untuk mengatasi hambatan komunikasi mahasiswa langkah paling penting dari perawat akademis pada periode awal adalah meningkatkan motivasi dan kemampuan mengelola emosi dengan baik.

Daftar Pustaka

- Ackley, J. B., Lawdig, B. G., & Makic, M. B. F. (2017). *Nursing Diagnoses Handbook*.
- Alfakey, M., & Alkarani, A. (2021). Students' knowledge and attitudes toward basic life support. *International Journal of Evaluation and Research in Education*, 10(3), 871–877. <https://doi.org/10.11591/ijere.v10i3.21703>
- Bloomfield, J. G., While, A. E., & Roberts, J. D. (2008). Using computer assisted learning for clinical skills education in nursing: Integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 222–235. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04653.x>
- Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder: Clinicians' accounts of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(6), 491–498. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01943.x>
- Chadwick, L., & Porter, J. (2014). An Evaluation of the Effect of a Mental Health Clinical Placement on the Mental Health Attitudes of Student Nurses. *Nursing and Health*, 2(3), 57–64. <https://doi.org/10.13189/nh.2014.020301>
- Chou, H. J., & Tseng, K. Y. (2020). The experience of emergency nurses caring for patients with mental illness: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228540>
- Cookson, A., Daffern, M., & Foley, F. (2012). Relationship between aggression, interpersonal style, and therapeutic alliance during short-term psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 20–29. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00764.x>
- Corrigan, P. W. (2000). Mental Health Stigma As Social Attribution. *Clinical Psychology—Science and Practice*, 7, 48–67.
-

- D'Antonio, P., Beeber, L., Sills, G., & Naegle, M. (2014). The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing Inquiry*, 21(4), 311–317. <https://doi.org/10.1111/nin.12056>
- Derblom, K., Lindgren, B. M., Johansson, A., & Molin, J. (2021). Engagement, Responsibility, Collaboration, and Abandonment: Nurses' Experiences of Assessing Suicide Risk in Psychiatric Inpatient Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(8), 776–783. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1864686>
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300–302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Furnes, M., Kvaal, K. S., & Høye, S. (2018). Communication in mental health nursing - Bachelor Students' appraisal of a blended learning training programme - An exploratory study. *BMC Nursing*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0288-9>
- Gabrielsson, S., Tuveson, H., Wiklund Gustin, L., & Jormfeldt, H. (2020). Positioning Psychiatric and Mental Health Nursing as a Transformative Force in Health Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(11), 976–984. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1756009>
- Happell, B., Waks, S., Bocking, J., Horgan, A., Manning, F., Greaney, S., Goodwin, J., Scholz, B., van der Vaart, K. J., Allon, J., Granerud, A., Hals, E., Doody, R., Russell, S., Griffin, M., MacGabhann, L., Lahti, M., Ellilä, H., Pulli, J., ... Biering, P. (2019). 'There's more to a person than what's in front of you': Nursing students' experiences of consumer taught mental health education. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 950–959. <https://doi.org/10.1111/inm.12596>
- Haron, Y., & Tran, D. (2014). Patients' perceptions of what makes a good doctor and nurse in an Israeli mental

- health hospital. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 672–679.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2014.897778>
- Kusumawaty, I., Surahmat, R., Martini, S., & Muliyadi. (2021). Family Support For Members in Taking Care of Mental Disordered Patients. *Proceedings of the First International Conference on Health, Social Sciences and Technology (ICoHSST 2020)*, 521(ICoHSST 2020), 115–120.
<https://doi.org/10.2991/assehr.k.210415.026>
- Lawrence, R. E., Perez-Coste, M. M., Bailey, J. L., DeSilva, R. B., & Dixon, L. B. (2019). Coercion and the inpatient treatment alliance. *Psychiatric Services*, 70(12), 1110–1115. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900132>
- Oates, J., Drey, N., & Jones, J. (2017). ‘Your experiences were your tools’. How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 471–479.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12376>
- Rusch, L., Beiermann, T., Schoening, A. M., Slone, C., Flott, B., Manz, J., & Miller, J. (2018). Defining Roles and Expectations for Faculty, Nurses, and Students in a Dedicated Education Unit. *Nurse Educator*, 43(1), 14–17.
<https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000397>
- Schmidt, M., Stjernswärd, S., Garmy, P., & Janlöv, A. C. (2020). Encounters with persons who frequently use psychiatric emergency services: Healthcare professionals’ views. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17031012>
- Stuart Gail W. (2019). *Principles and practice of psychiatric nursing*.
- Vuckovic, V., Carlson, E., & Sunnqvist, C. (2021). ‘Working as a Real Nurse’: Nursing Students’ Experiences of a Clinical Education Ward in Psychiatric Care. *Issues in*

Mental Health Nursing, 42(11), 1038–1047.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1929595>

Wang, Q., Ding, F., Chen, D., Zhang, X., Shen, K., Fan, Y., & Li, L. (2020). Intervention effect of psychodrama on depression and anxiety: A meta-analysis based on Chinese samples. *Arts in Psychotherapy*, 69(March), 101661. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101661>

Profil Penulis



Ira Kusumawaty

Penulis kelahiran Surabaya ini menekuni bidang keperawatan jiwa, psikologi dan komunikasi. Pendidikan yang telah diikuti mulai dari sarjana keperawatan dan magister kesehatan dengan kekhususan manajemen keperawatan di Universitas Indonesia, Master of Public Health di Koninklijk Instituut voor de Tropen di Amsterdam dan Pendidikan doktoral Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan di Universitas Gadjah Mada. Berbagai kegiatan penelitian, pengabdian kepada masyarakat, mempublikasikan karya ilmiah dan kegiatan organisasi profesi telah memberikan banyak pengalaman yang semakin memperkokoh dan menguatkan akar keilmuan yang digelutinya. Mengikuti pertemuan ilmiah tingkat nasional maupun internasional telah memperluas wawasan dan perspektif terhadap dunia kesehatan khususnya keperawatan jiwa. Perspektif luar biasa dalam menghargai sosok perawat jiwa membuatnya semakin mampu menyelami rumit dan peliknya memahami kompleksitas perawat jiwa disertai komunikasi terapeutiknya sebagai alat utama dalam berinteraksi bersama orang dengan gangguan jiwa. Ketertarikan penulis untuk memaparkan komunikasi terapeutik terhadap orang dengan gangguan jiwa diharapkan mampu memberikan solusi kemanfaatan dan keberfungsian komunikasi terapeutik semakin baik dan tidak tergerus oleh waktu serta kemajuan teknologi. Pada akhirnya berharap agar harkat dan martabat sosok perawat jiwa semakin dihargai karena bagaimanapun juga tidak akan ada kesehatan tanpa kesehatan jiwa.

Email: irakusumawaty@poltekkespalembang.ac.id

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN KELOMPOK KHUSUS : AUTISME PADA ANAK

Ns. Yunike S.Kep., M.Kes

Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang

Pendahuluan

Terjadi peningkatan prevalensi autisme di dunia, sebelum tahun 2000 penderita autisme berjumlah 2-5 sampai dengan 15-20 per seribu kelahiran meningkat menjadi 1-2 per 1.000 penduduk dunia. (Perempuan et al., 2014). Di Indonesia tidak ada data yang pasti, namun merujuk pada *Incidence* dan *Prevalence ASD (Autism Spectrum Disorder)*, terdapat 2 kasus baru per 1000 penduduk per tahun serta 10 kasus per 1000 penduduk (BMJ, 1997). Sedangkan penduduk Indonesia yaitu 237,5 juta dengan laju pertumbuhan penduduk 1,14% (Sumber: BPS, 2010, 2010). Maka diperkirakan penyandang autisme di Indonesia yaitu 2,4 juta orang dengan penambahan penyandang baru 500 orang/tahun. Autisme telah dibuktikan oleh banyak penelitian dapat menyebabkan perubahan perkembangan saraf manusia, sehingga menimbulkan masalah pada interaksi sosial, komunikasi dan perilaku, biasanya diidentifikasi pada anak-anak pra-sekolah (Chodidjah & Kusumasari, 2018).

Kesehatan, pendidikan, orang tua dan keluarga adalah faktor yang berpengaruh terhadap keberlangsungan hidup anak dengan autisme dan ini hal ini dilindungi oleh pemerintah melalui kebijakan tertentu. Kebijakan

nasional untuk perlindungan hak-hak orang dengan kebutuhan khusus seperti autisme diatur dalam UUD 1945 pasal 31 ayat (1) yang berbunyi “tiap-tiap warga negara berhak mendapatkan pengejaran”, juga diatur dalam UURI Nomor 20 Tahun 2003 pasal 5 ayat (2);warga negara yang memiliki kelainan fisik, mental/intelektual, social dan emosional berhak memperoleh Pendidikan khusus.(Onainor, 2019) Hal ini menunjukkan orang dengan ASD dilindungi pemerintah dan berhak untuk memiliki kehidupan yang bermartabat, integritas fisik dan moral, dan berhak mendapatkan Pendidikan sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya (YPAC, 2010).

Dari perspektif ini, diketahui bahwa ketidakmampuan yang dialami anak dengan autis dapat mempengaruhi kehidupan penderita dan keluarganya, baik secara pribadi maupun lingkungan, anak bahkan tidak mampu melakukan hal-hal minimal untuk pribadinya sesuai perkembangan usia sehingga harus ada yang memberikan pengawasan ekstra dan ini menjadi beban tersendiri bagi keluarga. Permasalahan yang juga muncul adalah di bidang pembelajaran, dalam pencapaian akademis menjadi sangat minimal, karena adanya keterbatasan yang menyebabkan anak tidak mampu dalam keterampilan sosial(Hirsch & Pringsheim, 2016; Luther et al., 2005).

Dukungan berbagai sektor sangat dibutuhkan untuk pemenuhan hak anak Autis, diantaranya dukungan pemerintah melalui penetapan kebijakan bagi anak berkebutuhan khusus, dukungan petugas kesehatan melalui pemberian pelayanan dan dukungan pihak pendidikan untuk kemandirian anak dengan Autisme.(Boshoff et al., 2020) Autisme dikelompokkan dalam tiga tingkat, berdasarkan ketergantungannya: level 1, membutuhkan bantuan minimal; level 2 membutuhkan bantuan substansial; dan level 3, yang membutuhkan dukungan sepenuhnya setiap (Boshoff et al., 2020; Merrick et al., 2017).

Beberapa faktor menjadi sangat berpengaruh terhadap kehidupan anak autis dan keluarganya adalah gejala khas

yang harus mendapatkan intervensi terapeutik.(Mohammadi et al., 2020). Gejala ini jika tidak diberikan intervensi yang tepat akan mengganggu kualitas kehidupan individu dan keluarga. Komunikasi dan hubungan social antara penyedia layanan kesehatan memainkan peran penting untuk keberlangsungan proses terapi. Hasil diagnosis anak autis sangat tergantung pada kemampuan perawat melakukan pengkajian terhadap perilaku dan keluhan keluarga melalui observasi, wawancara dengan orang tua, riwayat, pengecualian penyakit lain, diagnosis klinis (Kang et al., 2016).

Pelayanan kesehatan pada anak autis sangat tergantung pada keterampilan perawat dalam mengembangkan keterampilan khusus, pengetahuan dan strategi untuk perawatan individual. Asuhan keperawatan harus direncanakan dan disesuaikan untuk memenuhi tingkat ketergantungan, serta berkolaborasi dengan tim kesehatan lain dalam pemberian terapi farmakologis.(Mcgee, 1990). Nursing care for autistic children menjadi kunci dalam pemberian asuhan keperawatan anak dengan autis, keluarga akan memberikan informasi yang objektif apabila tercapai hubungan bina trust dengan perawat, dan sebaliknya informasi akan sulit didapat jika keluarga tidak merasa nyaman dengan perawat.(Heidary et al., 2015; Luther et al., 2005)

Tanggung jawab profesional keperawatan untuk berkolaborasi secara positif dalam tindak lanjut anak selama perawatan, sehingga analisis terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak dapat dilakukan. Perawat harus mengetahui intervensi apa yang paling tepat dengan sebelumnya memeriksa riwayat perawatan sebelumnya. Perawat juga harus dapat menetapkan strategi agar mendapatkan penerimaan dari anak dan keluarganya sehingga(Kang et al., 2016) asuhan keperawatan dapat diberikan secara efektif. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis bukti ilmiah tentang perawatan untuk anak Autisme.

Metode

Penelitian ini merupakan studi literatur yang menggunakan strategi pencarian literatur dari berbagai sumber untuk memperoleh hasil penelitian secara sistematis dan teratur yang hasilnya terkait dengan topik tertentu (Matthew et al., 2021). Pelaksanaan penelitian ini menggunakan panduan pertanyaan untuk memilah referensi yang sesuai, didasarkan pada beberapa kata kunci terkait tema. Selanjutnya dilakukan pencarian referensi berupa studi primer dalam database elektronik: Google Scholar, Pubmed, Science Direct, dan Web Scopus. Pencarian referensi menggunakan beberapa kata kunci yaitu asuhan keperawatan; anak; prasekolah; gangguan Autisme. Untuk memastikan pencarian yang luas di di Jurnal istilah pencarian dilakukan sebagai deskriptor dan kata kunci. Persimpangan antara deskriptor ini, menggunakan koneksi tipe Boolean DAN dan OR. (Issenberg et al., 2005) Pengumpulan data dilakukan pada Maret 2021.

Kriteria inklusi ditetapkan untuk menyaring artikel yang sesuai dengan tujuan penelitian. Artikel dipilih pada periode 2015 hingga 2021, dalam bahasa Indonesia dan Inggris. Artikel yang digunakan berupa ulasan, artikel jurnal, tesis doktor dengan syarat artikel telah dilakukan uji plagiat. Strategi pencarian di setiap basis dijelaskan dalam

Tabel 6.1: Strategi Pencarian

	Strategi pencarian	Hasil
Goggle Scholar		9
Langkah 1	(MH "Perawatan Keperawatan") ATAU "perawatan"	41.030
Langkah 2	(MH "Anak") Atau "anak"	330,113
Langkah 3	(MH "Autistic Disorder") ATAU "gangguan autis"	13,299

Science Direct		13
Langkah 1	Perawatan Keperawatan	116.251
Langkah 2	Anak atau Anak, Prasekolah	1.392.775
Langkah 3	*"Gangguan Autis" "Spektrum Autisme" Gangguan"	ATAU 15.320
Web Scopus		28
Langkah 1	*"Perawatan Keperawatan"	8,341
Langkah 2	Anak	2,820,068
Langkah 3	*"Gangguan Autis" "Spektrum Autisme" Gangguan"	ATAU 37,901
Pubmed		2
Langkah 1	Perawatan Keperawatan	14152
Langkah 2	Prasekolah atau Anak	97.408
Langkah 3	"Gangguan Autis" "Gangguan Spektrum Autisme"	ATAU 81

Sumber: Format Penulis

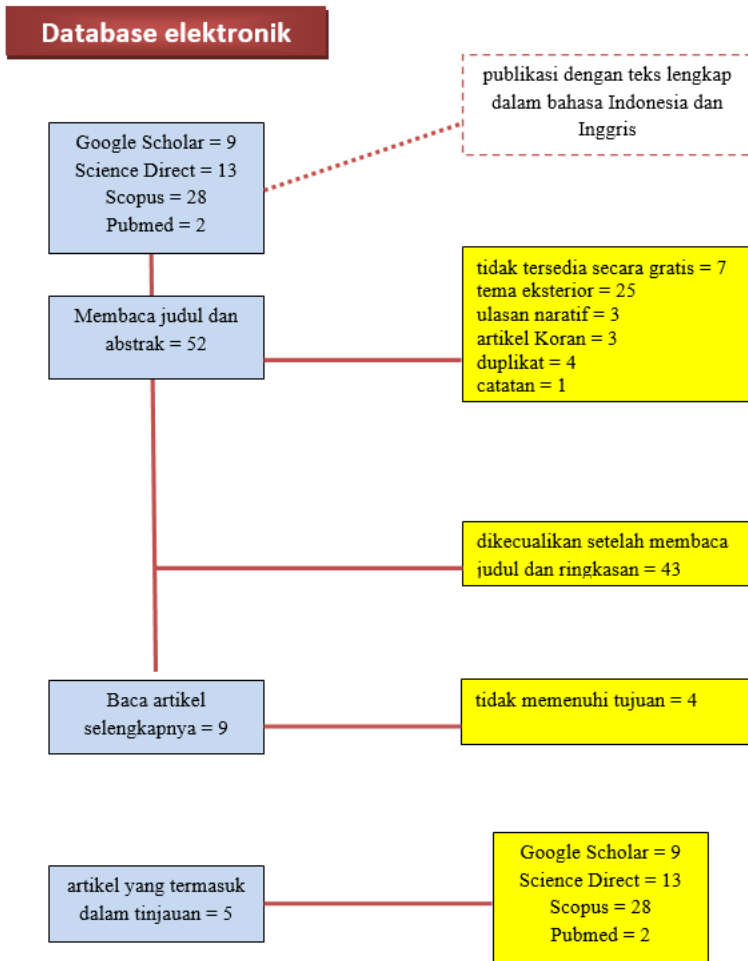
Untuk pemilihan publikasi, strategi pencarian, kriteria inklusi dan eksklusi diterapkan secara berurutan. Dengan demikian, studi yang dihasilkan dianalisis berdasarkan judul dan informasi abstrak dan kemudian dibaca secara penuh. Setiap publikasi ilmiah yang dipilih diidentifikasi dengan huruf "A" dalam urutan kronologis menurun dan diatur dalam tabel sinoptik dengan informasi berikut: database, jurnal, penulis, tahun publikasi, judul artikel dan tujuan. Analisis hasil dilakukan secara deskriptif menyajikan sintesis studi

melalui perbandingan dan menyoroti perbedaan dan atau kesamaan.

Hasil dan Pembahasan

Secara total, setelah kriteria inklusi, 52 publikasi ditemukan, 7 di antaranya tidak tersedia secara gratis, 25 tidak membahas topik yang diusulkan, 3 adalah ulasan naratif, 3 di antaranya tidak tersedia secara gratis, 25 tidak membahas topik yang diusulkan, 3 adalah ulasan naratif, 3. adalah artikel surat kabar, 4 diduplikasi dan 1 catatan kaki. Oleh karena itu, 43 publikasi dikecualikan, 9 artikel yang tersisa untuk dibaca secara keseluruhan, yang 4 tidak memenuhi tujuan penelitian ini dan, oleh karena itu, hanya 5 yang disertakan. Pemeriksaan integratif, seperti yang ditunjukkan pada gambar 1.

Gambar 6.1: Diagram Alur Dari Proses Pemilihan Publikasi



Diamati bahwa 17,3% dari publikasi milik database Google Scholar, 25% ke Science Direct, 53,8%, dari Web Scopus, dan 3,8% dari Pubmed. Jurnal yang dijadikan sumber informasi adalah 83% diterbitkan dalam jurnal Internasional dan 27% jurnal nasional, adalah: Text & Context Enfermagem, Revista Cuidado é Fundamental Online dan Escuela Anna Nery, dan 40% diterbitkan dalam jurnal internasional. , yang merupakan Journal of Pediatric Health Care dan The Journal for Nurse Practitioners. Pada 2017 ada 20% publikasi, 40% pada

2016, 20% pada 2015 dan 20% pada 2013. Selain database, jurnal dan tahun publikasi, artikel juga ditandai dengan penulis, judul artikel dan tujuan, sebagai ditampilkan dalam Tabel 2.

Tabel 6.2. Penapisan Artikel

Tipe gka	Database n	Surat kabar	Penulis/tahun artikel Publikasi	Judul Tujuan
A1	LILACS	Sekolah Anna Nery	RODRIGUES, P.M.S. Et al. 2017(9)	Perawatan diri anak-anak dengan spektrum autisme. Melalui cerita sosial digunakan sebagai alat pembelajaran. Dikombinasikan dengan Teori perawatan diri untuk anak dengan gangguan spektrum autisme.

A2	Web dari Journal of FRYE, L. Ayah'Pengalaman Science Pediatric	FRYE, L. Autisme 2016 ⁽¹⁰⁾	Perawatan Kesehatan Gangguan Spektrum: implikasi keperawatan Menggambarkan pengalaman keperawatan	Orang tua dari anak-anak dengan Gangguan spektrum autisme menggunakan kata-kata Anda sendiri dan mengidentifikasi
A3	Scopus	Text & context to	FRANZOI M.A.H. Musikal sebagai perawatan et.al, 2016	Strategi untuk anak-anak dengan gangguan spektrum autisme pada sumber daya pusat perawatan psikososial yang diperlukan untuk membantu berpartisipasi aktif dalam peran sebagai orangtua dari anak dengan gangguan spektrum autism

A4	Web of magazine	SENA, R. C.F. et.al, 2015	Pengetahuan online dalam kekanakan tentang autisme	Perawat dalam kekanakan	Strategi kesehatan keluarga tentang gangguan autistik. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memeriksa bagaimana profesional keperawatan dari merasakan tingkat kompetensi dan hambatan yang dimiliki
A5	Web pengetahuan	ilmu WILL, D.; BARNF AT HER, J.; LESLEY M. 2013	Jurnal untuk perawat praktisi	Praktek dan ilmu peduli	dan Melaporkan pengalaman dari Aplikasi musik sebagai teknologi Merawat anak-anak ini dalam Perawatan Psikososial untuk Anak-anak dan Remaja

Peran perawat bagi anak autisme merupakan hal yang penting dalam pemberian layanan keperawatan secara kontinyu. Selama interaksi dengan pasien, perawat harus berhati-hati, tanpa prasangka, dan empati terhadap penderitaan mereka. Perawat harus belajar untuk memahami ekspresi lisan pada anak autis, dan

mendengarkannya sesuai dengan kebutuhan(Ackley et al., 2017). Perawat harus mampu mendengarkan dan mengerti bahasa anak-anak Autis agar dapat memberikan perawatan komprehensif (Nicolaidis et al., 2019). Perawatan pada anak autis didasarkan pada pendengaran yang berkualitas dan pemahaman bahasa anak, sehingga perawat adalah mata dan telinga bagi tim kesehatan lain untuk mendapatkan dan memberikan informasi kepada anak Autis (Luther et al., 2005). Perawat juga harus membina hubungan psikologis dengan dari orang tua dan pengasuh untuk mendapatkan informasi tentang aktivitas anak dirumah dan riwayat perawatan sebelumnya. Perawat menjadi penghubung antara tim kesehatan dan pengasuh anak autis (Ackley et al., 2017; Stuart Gail W, 2019).

Penelitian ini menelusuri pelayanan perawatan yang diberikan perawat tidak hanya yang dapat dilihat tapi juga melibatkan perasaan. Perawat harus mampu memahami dengan hati dan perasaan tidak hanya yang tampak oleh mata tapi yang tersirat dari bahasa anak Autis baik secara verbal dan non verbal(Newman et al., 2015; Stabel & Kroeger-geoppinger, 2013). Perawat harus mampu melihat pemikiran dan perasaan yang tersirat pada anak seperti perasaan khawatir, takut dan cemas atau bahagia, senang, kasih sayang dan sebagainya. Sehingga perawatan yang diberikan oleh tim multiprofesional harus memiliki tujuan perawatan yang berkualitas melalui pedoman yang disepakati bersama. Tim Kesehatan dan keluarga bersama-sama menetapkan dan menyepakati rencana terapeutik, dan harus didasarkan untuk yang memenuhi keunikan setiap anak.(O'Donnell et al., 2020; Stabel & Kroeger-geoppinger, 2013; Zhai et al., 2021) Pemberian perawatan yang terkoordinasi antar disiplin ilmu dan keluarga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan anak autis sesuai dengan kondisi yang dialaminya dan tujuan akhirnya dapat memberikan kualitas hidup yang lebih baik bagi semua yang terlibat.

Perawat selain bekerjasama dengan tim kesehatan lain harus membuat hubungan yang simultan dengan keluarga pasien. (No authorship indicated, 2003). Perawat

harus dapat menjadi mendengarkan orang tua atau pengasuh dengan pendekatan terhadap masalah yang mereka hadapi. Membina kepercayaan keluarga terhadap diri sendiri dan terhadap kinerja perawat bahwa perawat dapat memberikan bantuan adalah salah satu tujuan intervensi keperawatan pada anak autis. Selanjutnya orang tua harus mendapatkan pendidikan bagaimana cara melakukan intervensi keperawatan pada anak dirumah. (Frögéli et al., 2019). Keluarga dengan anak autis tidak hanya bermasalah dalam menangani perkembangan anaknya namun juga bagaimana mereka mempunyai kepercayaan diri dan kemauan untuk tetap memberikan pengasuhan sesuai pada anak mereka. Hal ini diungkapkan oleh tujuan perawatan pada keluarga anak dengan autis salah satunya memperlancar proses untuk mendidik orang tua, karena keluarga anak-anak dengan Autisme memiliki tantangan lebih besar sepanjang hayat (Ackley et al., 2017; Stabel & Kroeger-geoppinger, 2013)

Sebaliknya, perawatan pada anak-anak autis perlu mempertimbangkan pengembangan kompetensi mereka dalam menjaga dan merawat kesehatan primer. Profesional keperawatan mengklasifikasikan anak autis memiliki kesehatan fisik lebih rendah dibandingkan anak normal, mereka rentan mempunyai permasalahan medis termasuk penyakit jantung bawaan, asma kronis, cystic fibrosis, dan diabetes dini. Namun di peroleh hasil dari beberapa referensi bahwa pemberi perawatan merasa tidak siap untuk memberikan perawatan primer kepada anak-anak dengan Autisme. (Gallagher & Whiteley, 2012; Mcgee, 1990; Mohammadi et al., 2020).

Namun, penelitian lain telah menunjukkan bahwa praktik keperawatan dengan anak-anak autis telah semakin dikembangkan melalui strategi bermain, sehingga anak-anak memiliki pengalaman yang menyenangkan selama pemberian asuhan keperawatan dan anak-anak mampu untuk memberikan perhatian terhadap intervensi yang dilakukan (Nussbaum & Novick, 1982) (Shire et al., 2016; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007).

Satu studi menerapkan proses keperawatan berdasarkan teori perawatan diri Dorothea Orem dan diperoleh hasil berupa gambaran penggunaan sumber daya yang menyenangkan dalam proses belajar meningkat secara signifikan di dunia.(Magalhães et al., 2020). Kemampuan otonomi anak, kreativitas, koordinasi motorik, konsentrasi, kesabaran dan kemampuan untuk bekerja dalam kelompok menyebabkan anak-anak mendapatkan pembelajaran yang menyeluruh dan menyenangkan(Newman et al., 2015; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007).

Selain belajar dengan pendekatan bermain, di beberapa penelitian di peroleh adanya pendekatan musik dalam pemberian intervensi pada adnak autisme (Hankir et al., 2017). Penggunaan music pada proses perawatan merupakan sebuah pendekatan teknologi perawatan yang efektif diterapkan pada anak-anak dengan autisme (Hankir et al., 2017; Popa et al., 2021). Musik dapat memberikan rangsangan pada otak anak untuk bekerja merespon stimulasi disekitarnya, sehingga dapat memberikan momen interaksi kreatif, perubahan komunikasi dan perilaku pada anak autisme.(Ackley et al., 2017)

Namun, penting untuk mempertimbangkan bahwa sejumlah hambatan diidentifikasi oleh para profesional keperawatan untuk melakukan perawatan primer dalam perawatan anak-anak dengan autisme, seperti: kekurangan koordinasi perawatan, kurangnya waktu dan kurangnya pedoman praktek(Donohue et al., 2019; Fairfax et al., 2019; Ye, 2020).

Kesimpulan

Penelitian ini, yang memiliki tujuan umum untuk menganalisis bukti ilmiah tentang perawatan untuk anak-anak autisme, menentukan bahwa perawatan komprehensif yang dilakukan oleh staf keperawatan untuk anak dengan gangguan autisme. Perawat harus dapat membaca kebutuhan dan keinginan anak yang tersirat, sehingga dapat disusun intervensi yang khusus untuk setiap individu dan keluarga sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik yang dimunculkan anak.

Sikap empati terhadap kondisi psikologis dan permasalahan yang dihadapi keluarga merupakan hal yang dapat menjembatani kebutuhan keluarga dengan intervensi yang harus dilakukan pada anak autis agar dapat mengoptimalkan kualitas hidup mereka.

Perawatan secara holistic memberikan peluang pasien dan keluarga untuk meningkatkan kesejahteraan mereka. Keluarga dan pengasuh pada asuhan keperawatan menjadi sentral untuk dapat melakukan perawatan di rumah pada anak autis. Pertumbuhan dan perkembangan anak dengan autis menjadi hal penting untuk di berikan intervensi oleh keluarga, hingga anak dapat mengurangi ketergantungan pada orang lain, dan minimal mandiri untuk melakukan hal-hal sederhana hingga berlanjut pada optimalisasi kualitas hidup mereka.

Daftar Pustaka

- Ackley, J. B., Lawdig, B. G., & Makic, M. B. F. (2017). *Nursing Diagnoses Handbook*.
<http://lccn.loc.gov/2015042558>
- Boshoff, K., Bowen, H., Paton, H., Cameron-Smith, S., Graetz, S., Young, A., & Lane, K. (2020). Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs: A Systematic Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(2), 153–164.
<https://doi.org/10.1177/0008417419899224>
- Chodidjah, S., & Kusumasari, A. P. (2018). Pengalaman Ibu Merawat Anak Usia Sekolah Dengan Autis. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(2), 94–100.
<https://doi.org/10.7454/jki.v21i2.545>
- Donohue, M. R., Childs, A. W., Richards, M., & Robins, D. L. (2019). Race influences parent report of concerns about symptoms of autism spectrum disorder. *Autism*, 23(1), 100–111.
<https://doi.org/10.1177/1362361317722030>
- Fairfax, A., Brehaut, J., Colman, I., Sikora, L., Kazakova, A., Chakraborty, P., & Potter, B. K. (2019). A systematic review of the association between coping strategies and quality of life among caregivers of children with chronic illness and/or disability. *BMC Pediatrics*, 19(1), 1–16.
<https://doi.org/10.1186/s12887-019-1587-3>
- Frögéli, E., Rudman, A., & Gustavsson, P. (2019). The relationship between task mastery, role clarity, social acceptance, and stress: An intensive longitudinal study with a sample of newly registered nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 60–69.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.10.007>
- Gallagher, S., & Whiteley, J. (2012). Social support is associated with blood pressure responses in parents caring for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 2099–2105. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.06.007>
-

- Hankir, A., Kirkcaldy, B., Carrick, F. R., Sadiq, A., & Zaman, R. (2017). The performing arts and psychological well-being. *Psychiatria Danubina*, 29, S196–S202.
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85029781845&partnerID=40&md5=dd4c04344c093693bcf78f2ca6bc1033>
- Heidary, A., Hosseini Shahidi, L., & Mohammadpuor, A. (2015). Spiritual Journey in Mothers' Lived Experiences of Caring for Children With Autism Spectrum Disorders. *Global Journal of Health Science*, 7(6), 79–87. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p79>
- Hirsch, L. E., & Pringsheim, T. (2016). Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009043.pub3>
- Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Gordon, D. L., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), 10–28.
<https://doi.org/10.1080/01421590500046924>
- Kang, G. Y., Choi, C. S., & Ju, S. J. (2016). Parenting experience of mothers with children with autism spectrum disorder: An analysis of the mothers' diaries. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(20). <https://doi.org/10.17485/ijst/2016/v9i20/94698>
- Luther, E. H., Canham, D. L., & Young Cureton, V. (2005). Coping and social support for parents of children with autism. *The Journal of School Nursing: The Official Publication of the National Association of School Nurses*, 21(1), 40–47.
<https://doi.org/10.1177/10598405050210010901>
- Magalhães, J. M., Lima, F. S. V., Silva, F. R. de O., Rodrigues, A. B. M., & Gomes, A. V. (2020). Asistencia de enfermería al niño autista: revisión integrativa TT - Nursing care to the autistic child: an integrative review
-

TT - Assistência de enfermagem à criança autista: revisão integrativa. *Enferm. Glob*, 19(58), 531–540. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200531&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Matthew, McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Mcgee, G. A. E. G. (1990). 1990,235,469-482. 4(wiNm), 469–482.
- Merrick, A. D., Grieve, A., & Cogan, N. (2017). Psychological impacts of challenging behaviour and motivational orientation in staff supporting individuals with autistic spectrum conditions. *Autism*, 21(7), 872–880.

Profil Penulis



Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes., Lahir di Palembang 19 Juni 1980. Ibu dari empat putri cantik yang super aktif dan suami yang penuh cinta. Mengenal dan akhirnya mencintai dunia keperawatan pertama kami di Akper Depkes Palembang, kemudian melanjutkan kembali pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini menekuni profesi sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang sejak tahun 2009 hingga sekarang. Beberapa hasil penelitian saya di publish di Jurnal International bertema tentang Keperawatan Anak, diantaranya “Having Children with Mental Retardation” di publish di UPHS Vol. 6 Tahun 2017. “Setiap hari selalu ada yang ingin saya buat untuk kemajuan keperawatan dan masyarakat, beruntungnya saya dikelilingi oleh guru dan teman-teman yang selalu bersemangan untuk belajar bersama, bermetafosis bersama dari ulat menjadi kepompong dan kelak menjadi kupu-kupu”. Motto hidup saya “Hidup Sekali, Hidup Berarti”.

Email: yunike@poltekkespalembang.ac.id

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL

Ns. Angelina Roida Eka, M.Kep., Sp.Kep.J

Unika Santu Paulus Ruteng

Pendahuluan

Kesehatan jiwa masih merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia. Data Riset kesehatan dasar (Kemenkes, 2018) menunjukkan bahwa terdapat 9.8% masyarakat Indonesia yang mengalami gangguan mental emosional. Masalah gangguan mental emosional terjadi karena mengalami masalah fisik sehingga menyebabkan masalah psikososial. Masalah psikososial merupakan masalah yang banyak terjadi di masyarakat.. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition Text Revision* (DSM-IV-TR) menyebutnya sebagai masalah psikososial dan lingkungan (*psychosocial and environmental problems*). Masalah psikososial dapat terjadi karena adanya stres baik dari dalam maupun dari luar diri seseorang.

Indonesia merupakan salah satu negara di dunia yang memiliki angka gangguan jiwa berat yang relatif tinggi. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyebutkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia sebesar 1.7 permil, artinya ada satu sampai dua penduduk dari 1000 penduduk di Indonesia menderita

gangguan jiwa berat. Pemerintah Indonesia selalu memberikan perhatian yang besar bagi seluruh warga, khususnya penderita skizofrenia agar dalam keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial, sehingga memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Selain gangguan jiwa, masalah gangguan mental emosional juga menjadi masalah kejiwaan yang banyak dijumpai di masyarakat.

Riskesdas 2018 menyebutkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional secara nasional adalah 6,0% dari jumlah penduduk Indonesia, dan di Jawa Barat prevalensi gangguan mental emosional 9,3% dari penduduk Jawa barat. Angka gangguan jiwa dan gangguan mental emosional diatas memerlukan penanganan yang serius dan komprehensif agar tidak berkembang menjadi masalah kejiwaan yang lebih berat. Dalam upaya mencapai tingkat kesehatan jiwa secara optimal, pemerintah Indonesia melalui undang-undang kesehatan jiwa nomor 18 tahun 2014 menegaskan upaya kesehatan jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Keperawatan sebagai profesi dan perawat sebagai tenaga profesional turut memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai kompetensi dan kewenangan yang dimiliki secara mandiri maupun bekerjasama dengan anggota kesehatan lainnya (Depkes RI, 2006). Profesi keperawatan sebagai bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan dan menjadi kunci utama dalam keberhasilan pelayanan kesehatan (Sumijatun 2010). Bukan hanya di rumah sakit, masyarakat di komunitas juga sering ditemukan masalah-masalah keperawatan jiwa psikososial yang memerlukan penanganan oleh perawat. Diagnosa keperawatan jiwa psikososial dapat ditemukan pada masyarakat dengan masalah fisik maupun keluarganya yang ikut merawat. Diagnosa keperawatan jiwa tersebut diantaranya ansietas,

gangguan citra tubuh, harga diri rendah situasional, ketidakberdayaan, dan keputusasaan. Oleh karena itu keperawatan kesehatan jiwa memiliki peran dan tanggung jawab yang besar dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa.

Karateristik Klien dengan Masalah Psikososial

Kelita (2020) merumuskan karateristik klien yang mengalami masalah psikososial adalah

1. Memiliki penyakit fisik terutama yang bersifat kronis seperti DM, Hipertensi, TBC, Kanker dan lain-lain
2. Hospitalisasi
3. Ancaman terhadap kematian
4. Perubahan pada kondisi sosial dan ekonomi
5. Mengalami kehilangan orang terdekat

Stuar dan Laila (2016) mengungkapkan tanda dan gejala klien yang memiliki masalah psikososial

1. Cemas, khawatir berlebihan takut, gelisah
2. Mudah tersinggung
3. Sulit konsentrasi
4. Bersifat ragu-ragu atau merasa rendah diri
5. Kecewa
6. Pemarah atau agresif
7. Sering menangis
8. Sulit berkonsentrasi
9. Tidak nafsu makan
10. Reaksi fisiologis seperti jantung berdebar, otot tegang, sakit kepala dan sulit tidur, cepat lelah, gangguan pencernaan
11. Aktivitas sehari-hari terbelengkhai

Pengkajian Klien dengan Masalah Psikososial

Proses pengkajian klien dengan masalah psikososial menurut Keliat at al (2020) adalah sebagai berikut:

1. Identitas klien

Identitas klien berisi nama klien, jenis kelamin, tanggal lahir, usia, pekerjaan dan alamat klien. Identitas diperlukan untuk mengetahui perkembangan klien.

2. Keluhan utama

Keluhan utama pada klien dengan masalah psikososial biasanya terjadi pada klien yang mengalami masalah fisik, dirawat di rumah sakit, hingga kehilangan orang yang disayang. Keluhan utama yang muncul biasanya adalah cemas, khawatir, takut, putus asa, depresi, tidak bisa tidur, dan gejala lainnya.

3. Pengkajian faktor predisposisi dan presipitasi

Faktor predisposisi merupakan faktor yang mempengaruhi masalah psikososial klien sejak lahir hingga 6 bulan sebelum klien sakit. Faktor presipitasi adalah faktor yang mempengaruhi klien sejak 6 bulan sebelum sakit hingga saat dirawat. Faktor predisposisi terdiri dari 3 yaitu biologis, psikologis, dan sosial kultural

a. Biologis

Faktor biologis merupakan faktor yang berhubungan dengan kondisi fisiologis dari individu yang mempengaruhi terjadinya masalah psikososial yaitu:

- 1) Menderita penyakit fisik (penyakit kronis, defek kongenital dan kehamilan)
- 2) Mengalami perubahan kognitif atau persepsi akibat nyeri kronis
- 3) Adanya masalah psikososial yang menyebabkan gangguan makan, BB obesitas atau terlalu kurus

- 4) Penanganan medik jangka panjang (kemoterapi dan radiasi)
- 5) Maturasi normal: pertumbuhan dan perkembangan masa bayi, anak dan remaja
- 6) Perubahan fisiologis pada kehamilan dan penuaan
- 7) Adanya riwayat prosedur pembedahan elektif: prosedur bedah plastik, wajah, bibir, perbaikan jariangan parut, prosedur pembedahan transeksual, aborsi
- 8) Adanya perubahan penampilan akibat penyakit kronis, kehilangan bagian tubuh, kehilangan fungsi tubuh, dan trauma berat.

b. Psikologis

Faktor Psikologis merupakan faktor yang berhubungan dengan kondisi psikologis dari individu yang mempengaruhi terjadinya masalah psikososial, yaitu:

- 1) Mengalami stres psikologis yang panjang dan berlarut-larut
- 2) Hambatan komunikasi verbal: gagap, tidak mampu mengungkapkan yang dipikirkan
- 3) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan: perpisahan dengan orang yang berarti, penolakan dari keluarga, perceraian, kekerasan dalam rumah tangga, diturunkan dari jabatan, konflik dengan rekan kerja, penganiayaan seksual, sering mengalami kegagalan, mengalami episode depresi berikutnya
- 4) Memiliki konsep diri yang negatif: ideal diri tidak realistis, kurangnya penghargaan dari orang lain, gambaran diri negatif, gangguan peran, bingung identitas
- 5) Motivasi: kurang dukungan sosial: kurang mendapat dukungan dari lingkungan sekitar

- 6) Kontrol diri: kurang dapat menahan dorongan melakukan sesuatu yang negatif
 - 7) Kepribadian: mudah mengalami kecemasan, menutup diri, tidak suka bercerita dengan orang lain
- c. Sosial kultural
- 1) Usia: Pada usia tersebut individu tidak dapat mencapai tugas perkembangan yang seharusnya sehingga mudah mengalami kecemasan. Teori yang diungkapkan oleh Erikson (1963) mengemukakan jika tugas perkembangan sebelumnya tidak terpenuhi dapat menjadi predisposisi terhadap masalah psikososial. Sebagai respon terhadap stres, tampak perilaku yang berhubungan dengan tahap perkembangan sebelumnya karena individu mengalami regresi ke atau tetap berada pada tahap perkembangan sebelumnya.
 - 2) Gender/jenis kelamin: pelaksanaan peran individu sesuai dengan jenis kelamin yang tidak optimal akan mempermudah munculnya masalah psikososial
 - 3) Kurangnya pendapatan/penghasilan yang dapat mengancam pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari.
 - 4) Mengalami perubahan status atau prestise.
 - 5) Pengalaman berpisah dari orang terdekat, misalnya karena perceraian, kematian, tekanan budaya, perpindahan dan perpisahan sementara atau permanen.
 - 6) Perubahan status sosial dan ekonomi akibat pension.
 - 7) Tinggal di lingkungan yang terdapat bahaya keamanan maupun polutan lingkungan.

- 8) Kondisi pasien yang tidak mempunyai pekerjaan, pengangguran, ada pekerjaan baru maupun promosi).
 - 9) Peran sosial: kurang mampu menjalankan perannya untuk berpartisipasi lingkungan tempat tinggal dan kesulitan membina hubungan interpersonal dengan orang lain.
 - 10) Agama dan keyakinan: kurang menjalankan kegiatan keagamaan sesuai dengan agama dan kepercayaan atau ada nilai budaya dan norma yang mengharuskan melakukan pembatasan kontak sosial dengan orang lain (misalnya laki-laki dengan perempuan).
4. Genogram
- Menggambarkan garis keturunan klien sebanyak 3 generasi
5. Analisis diagnosa keperawatan
- Analisis diagnosa keperawatan berisikan data subyektik dan obyektif yang menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan masalah psikososial.

Diagnosa

1. Ansietas

Ansietas adalah rasa takut yang tidak jelas disertai dengan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi dan ketidakamanan. (Stuart, 2016). Ansietas (kecemasan) adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus ansietas. (Videbeck, 2008).

2. Gangguan citra tubuh

Citra tubuh adalah jumlah dari sikap sadar dan bawah sadar seseorang terhadap tubuh sendiri. Hal ini termasuk persepsi sekarang dan masa lalu serta perasaan tentang ukuran tubuh, fungsi, bentuk/penampilan, dan potensi (Stuart, 2013). Gangguan citra tubuh adalah perasaan tidak puas

seseorang terhadap tubuhnya yang diakibatkan oleh perubahan struktur, ukuran, bentuk, dan fungsi tubuh karena tidak sesuai dengan yang diinginkan (Keliat et.al, 2011

3. Harga Diri rendah Situasional

Harga diri rendah situasional adalah suatu keadaan ketika individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif mengalami perasaan negatif mengenai diri dalam berespons terhadap suatu kejadian kehilangan atau perubahan (Carpenito, 2003). hal yang sama juga diungkapkan oleh Nanda (2015), Harga diri rendah situasional adalah evaluasi diri negatif yang berkembang sebagai respon terhadap hilangnya atau berubahnya perawatan diri seseorang yang sebelumnya mempunyai evaluasi diri positif.

4. Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan menurut NANDA 2012-2014 dijelaskan sebagai suatu persepsi dimana tindakan seseorang tidak akan berdampak secara signifikan pada hasil akhirnya. suatu keadaan dimana individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan.

5. Keputusanasaan

Keputusanasaan merupakan kondisi subjektif yang ditandai dengan individu memandang hanya ada sedikit atau bahkan tidak ada alternatif atau pilihan pribadi dan tidak mampu memobilisasi energi demi kepentingannya sendiri (NANDA, 2021). Keputusanasaan banyak dialami oleh pasien dengan penyakit terminal seperti kanker. Tujuan tindakan generalis dalam menangani keputusanasaan juga dengan melibatkan keluarga dalam perawatan pasien. Seperti penelitian yang berjudul “Peran Keluarga dalam Pencapaian Integritas Diri pada Pasien kanker Payudara Post Radikal mastektomi” menunjukkan hasil bahwa keluarga memegang peran yang sangat penting dalam pembentukan integritas diri klien

6. Dukacita

Dukacita adalah respon emosi yang diekspresikan terhadap kehilangan yang dimanifestasikan adanya perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak nafas, susah tidur, dan lain-lain. Dukacita adalah suatu status yang merupakan pengalaman individu yang responnya dibesar-besarkan saat individu kehilangan secara aktual maupun potensial, hubungan, objek dan ketidakmampuan fungsional. Tipe ini kadang-kadang menjurus ke tipikal, abnormal, atau kesalahan/kekacauan. (NANDA,2021)

7. Distres Spiritualitas

Distress spiritual adalah suatu gangguan yang berkaitan dengan prinsip-prinsip kehidupan, keyakinan, kepercayaan atau keagamaan dari pasien yang menyebabkan gangguan pada aktivitas spiritual, yang merupakan akibat dari masalah-masalah fisik atau psikososial yang dialami (Stuart dan Laira, 2014)

Intervensi

1. Ansietas

Intervensi keperawatan unttuk klien yang mengalami ansietas diantaranya adalah:

a. Bina hubungan saling percaya.

Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi. Tindakan yang harus dilakukan dalam membina hubungan saling percaya adalah:

- 1) Mengucapkan salam terapeutik
- 2) Berjabat tangan
- 3) Mengenalkan identitas diri (Nama lengkap serta perawat penanggung jawab)
- 4) Menjelaskan tujuan interaksi
- 5) Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien

- b. Bantu pasien mengenal ansietas:
 - 1) Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya.
 - 2) Bantu pasien menjelaskan situasi yang menimbulkan ansietas
 - 3) Bantu pasien mengenal penyebab ansietas
 - 4) Bantu pasien menyadari perilaku akibat ansietas
- c. Latih pasien teknik relaksasi nafas dalam untuk meningkatkan kontrol dan rasa percaya diri.
 - 1) Jelaskan pengertian teknik relaksasi
 - 2) Jelaskan tujuan melakukan teknik relaksasi
 - 3) Jelaskan prosedur pelaksanaan teknik relaksasi
 - 4) Jelaskan kriteria keberhasilan teknik relaksasi yg sudah dilakukan
 - 5) Praktikkan cara relaksasi dan minta klien untuk memperhatikan
 - 6) Minta klien untuk mengulangi mendemonstrasikan teknik relaksasi yang sudah diajarkan.
 - 7) Meminta klien untuk memasukkan teknik relaksasi yg sudah diajarkan dalam jadwal harian.
- d. Latih mengatasi ansietas melalui tehnik hipnotis lima jari.
 - 1) Jelaskan pengertian teknik hipnotis lima jari
 - 2) Jelaskan tujuan melakukan teknik hipnotis lima jari
 - 3) Jelaskan prosedur pelaksanaan teknik hipnotis lima jari.
 - 4) Jelaskan kriteria keberhasilan teknik hipnotis lima jari yg sudah dilakukan

- 5) Praktikkan cara hipnotis lima jari dan minta klien untuk memperhatikan
- 6) Minta klien untuk mengulangi mendemonstrasikan teknik hipnotis lima jari yang sudah diajarkan.
- 7) Meminta klien untuk memasukkan teknik relaksasi yg sudah diajarkan dalam jadwal harian.

2. Gangguan Citra Tubuh

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan citra tubuh adalah:

- a. Mendiskusikan persepsi klien tentang citra tubuhnya dahulu dan saat ini, perasaan dan harapan terhadap citra tubuhnya saat ini.
- b. Memotivasi pasien untuk melihat bagian yang hilang secara bertahap, bantu pasien menyentuh bagian tersebut.
- c. Mengobservasi respon klien terhadap perubahan bagian tubuh.
- d. Mendiskusikan kemampuan klien mengatasi masalah bagian tubuh.
- e. Mendiskusikan bagian tubuh yang berfungsi dan yang terganggu.
- f. Membantu klien untuk meningkatkan fungsi tubuh yang sehat.
- g. Memberi kesempatan klien melakukan afirmasi dan melatih bagian tubuh yang sehat.
- h. Memberikan kesempatan klien mendemonstrasikan afirmasi positif.
- i. Memberikan pujian yang realistis atas kemampuan klien
- j. Mengajarkan klien untuk meningkatkan citra tubuh dan melatih bagian tubuh yang terganggu dengan cara sebagai berikut: menggunakan protease, kosmetik, atau alat lain sesegera

mungkin dan gunakan pakaian yang baru, memotivasi klien untuk melakukan aktivitas yang mengarah pada pembentukan tubuh yang ideal, menyusun jadwal kegiatan sehari-hari, memotivasi klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan terlibat dalam aktivitas keluarga dan sosial.

3. Harga Diri Rendah Situasional

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah harga diri rendah situasional adalah:

- a. Bantu individu dalam mengidentifikasi dan mengekspresikan perasaan.
- b. Praktikkan bicara pada diri (*self talk*): tuliskan gambaran singkat tentang perubahan dan konsekuensi yang ditimbulkan (contoh: saya gagal masuk perguruan tinggi favorit) dan tuliskan 3 hal manfaat tentang situasi ini
- c. Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien. Perawat dapat melakukan hal – hal berikut:
 - 1) Diskusikan tentang sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien.
 - 2) Beri pujian yang realistis dan hindarkan penilaian yang negatif.
- d. Membantu klien untuk memilih / menetapkan kemampuan yang akan dilatih.
- e. Latih kemampuan yang dipilih klien
- f. Bantu klien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih.
 - 1) Beri kesempatan kepada klien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan.
 - 2) Beri pujian atas kegiatan yang dapat dilakukan klien setiap hari.

- 3) Tingkatkan kegiatan klien sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap kegiatan.
 - 4) Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih.
 - 5) Berikan klien kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.
- g. Bantu individu menerima perasaan positif dan negatif
- h. Anjurkan analisis terhadap perilaku terbaru dan konsekuensi yang telah dilatih
- i. Bantu dalam mengidentifikasi tanggungjawab sendiri dan control terhadap situasi (missal bila terus-menerus menyalahkan orang lain terhadap maslaah).
4. Ketidakberdayaan

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakberdayaan adalah:

- a. Diskusikan tentang penyebab dan perilaku akibat ketidakberdayaan
- b. Bantu klien untuk mengekspresikan perasaannya dan identifikasi area-area situasi kehidupannya yang tidak berada dalam kemampuannya untuk mengontrol
- c. Bantu klien untuk mengidentifikasi factor-faktor yang dapat berpengaruh terhadap ketidakberdayaannya
- d. Diskusikan tentang masalah yang dihadapi klien tanpa memintanya untuk menyimpulkan
- e. Identifikasi pemikiran yang negative dan bantu untuk menurunkan melalui interupsi dan substitusi
- f. Bantu klien untuk meningkatkan pemikiran yang positif

- g. Evaluasi ketepatan persepsi, logika dan kesimpulan yang dibuat klien
- h. Identifikasi persepsi klien yang tidak tepat, penyimpangan, dan pendapatnya yang tidak rasional
- i. Latih mengembangkan harapan positif
- j. Latihan mengontrol perasaan ketidakberdayaan melalui peningkatan kemampuan mengendalikan situasi yang masih bisa dilakukan klien (bantu klien mengidentifikasi area-area situasi kehidupan yang dapat dikontrolnya. Dukung kekuatan-kekuatan diri yang dapat diidentifikasi oleh klien) misalnya klien masih mampu menjalankan peran sebagai ibu walaupun sedang sakit.

5. Keputusan

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah keputusan adalah:

- a. Kaji dan dokumentasikan
 - 1) Pantau afek dan kemampuan membuat keputusan
 - 2) Pantau nutrisi (asupan dan berat badan)
 - 3) Kaji kebutuhan spiritual
 - 4) Tentukan keadekuatan hubungan dan dukungan sosial lain
- b. Bantu klien melakukan aktivitas positif
 - 1) Dukung peran aktif dalam aktivitas kelompok untuk memberikan dukungan sosial dan kemampuan pemecahan masalah
 - 2) Galifaktor yang berkontribusi terhadap perasaan keputusan pasien
 - 3) Beri penguatan positif pada perilaku yang menunjukkan inisiatif

- 4) Jadwalkan waktu bersama a pasien untuk menggali tindakan koping alternatif
- 5) Bantu klien mengidentifikasi area harapan dalam kehidupannya
- 6) Demonstrasikan harapan dengan mengenalkan penilaian intrinsik dan memandang penyakitnya hanya dari sudut pandang individu
- 7) Bantu psien memperluas spiritual diri
- 8) Hindari menutupi kebenaran
- 9) Libatkan pasien secara aktif untuk merawat dirinya
- 10) Dukung hubungan terapeutik dengan orang yang berarti

6. Dukacita

Intervensi keperawatan pada klien dengan masalah dukacita adalah:

a. Bina hubungan saling percaya dengan pasien:

- 1) Perkenalkan diri
- 2) Buat kontrak asuhan dengan pasien
- 3) Jelaskan bahwa perawat akan membantu pasien
- 4) Jelaskan bahwa perawat akan menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien
- 5) Dengarkan dengan penuh empati ungkapan perasaan pasien
- 6) Diskusikan dengan pasien kehilangan yang dialaminya: Kondisi pikiran, perasaan, fisik, sosial dan spiritual.

b. Diskusikan dengan pasien keadaan saat ini:

- 1) Kondisi pikiran, perasaan, fisik, sosial, dan spiritual pasien sebelum mengalami kehilangan terjadi

- 2) Kondisi pikiran, perasaan, fisik, sosial dan spiritual pasien sesudah peristiwa kehilangan terjadi
- 3) Hubungan antara kondisi saat ini dengan peristiwa kehilangan yang terjadi
- c. Diskusikan cara – cara pengatasi berduka yang dialaminya
 - 1) Cara verbal (ventilasi perasaan)
 - 2) Cara fisik (beri kesempatan aktifitas fisik)
 - 3) Cara sosial (sharing dengan rekan senasib melalui “self help group”)
 - 4) Cara spiritual (berdo’a, berserah)
 - a) Diskusikan kegiatan yang biasa dilakukan
 - b) Diskusikan kegiatan baru yang akan dimulai.
 - c) Diskusi tentang sumber bantuan yang ada dimasyarakat yang dapat dimanfaatkan oleh pasien
 - d) Bantu dan latih melakukan kegiatan dan memasukkan dalam jadwal kegiatan.
 - e) Kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa (GP+) di Puskesmas
7. Distress spiritual

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada klien dengan masalah distress spiritual adalah:

 - a. Bina hubungan saling percaya dengan pasien
 - b. Kaji faktor penyebab distress spiritual pada pasien
 - c. Bantu pasien mengungkapkan perasaan dan pikiran tentang keyakinannya
 - d. Bantu klien mengembangkan keterampilan untuk mengatasi perubahan spiritual dalam kehidupan.

- e. Fasilitasi pasien dengan alat-alat ibadah sesuai agamanya
- f. Fasilitasi pasien untuk menjalankan ibadah sendiri atau dengan orang lain
- g. Bantu pasien untuk ikut serta dalam kegiatan keagamaan.
- h. Bantu pasien mengevaluasi perasaan setelah melakukan kegiatan keagamaan.

Daftar Pustaka

- Stuart, Gail W. Keliat, B.A. (2016). Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa Stuart.ed.10. Indonesia: Elsevier
- Townsend, M.C (2010). Buku Saku Diagnosis Keperawatan Psikiatri rencana Asuhan & Medikasi Psikotropik.Edisi 5. Jakarta: Penebit Buku Kedokteran EGC
- Videback, S.L (2008). Psychiatric mental health nursing. Philadhelpia : Lippincort Willams & Wilkins
- Carpenito, L.J dan Moyet. (2007). Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Edisi 10. Jakarta: Penebit Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B. A & Akemat. (2007). Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. Jakarta: EGC.
- Mukhlis, A. (2013). Berpikir Positif Pada Ketidakpuasan Terhadap Citra Tubuh (Body Image Dissatisfaction) dalam Jurnal PsikoIslamika Vol. 10 No. 1 Tahun 2003, diakses dari [www.psikologi.um-malangac.id](http://www.psikologi.um-malang.ac.id) pada tanggal 7 Oktober 2016.
- NANDA International. (2011). Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2009-2011. Cetakan I. Jakarta: Penebit Buku Kedokteran EGC.

Profil Penulis



Angelina Roida Eka

Penulis lahir dan menetap di Ruteng Manggarai Flores NTT. Penulis bekerja sebagai dosen keperawatan jiwa di Prodi ilmu keperawatan Unika Santu Paulus Ruteng. Penulis tertarik dengan dunia keperawatan dan pada tahun 2008 hingga 2013 menempuh pendidikan ners dan sarjana keperawatan di FIK Universitas Indonesia. Kemudian penulis melanjutkan studi Magister keperawatan dan ners spesialis keperawatan jiwa di Universitas Indonesia.

Penulis memiliki kompetensi keperawatan terutama di bidang keperawatan jiwa khususnya asuhan keperawatan jiwa pada klien gangguan jiwa di komunitas. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut dan melakukan pengabdian kepada masyarakat dan penelitian berfokus kepada jiwa. Selain itu, penulis belajar menulis buku yang berfokus pada bidang keperawatan jiwa untuk mengembangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis.

Email Penulis: anjelina.eka@gmail.com

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN BERBAGAI GANGGUAN JIWA

Sri Endriyani, S.Kep, Ners, M.Kep

Poltekkes Kemenkes Palembang

Harga Diri Rendah

1. Pengertian

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri (Halifah, 2016; Keliat et al., 2006). Harga diri rendah merupakan perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi diri negatif terhadap diri sendiri dan dapat bersifat situasional maupun kronis atau menahun (Keliat dkk, 2011). Harga diri rendah adalah evaluasi diri negatif yang dikaitkan dengan perasaan lemah, tidak berdaya, putus asa, ketakutan, rentan, rapuh, tidak lengkap, tidak berharga, dan tidak memadai (Rahayu, et all, 2019; Wijayati, F, et all, 2020)

2. Pengakajian

Menurut Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) faktor predisposisi adalah jenis dan jumlah koping yang dipengaruhi oleh faktor risiko dan faktor protektif. Sedangkan faktor presipitasi adalah suatu stimulus yang diberikan dan dapat membuat individu merasa

tertantang dan terancam sehingga menyebabkan stress.

a. Faktor Predisposisi (Wijayanti, et al, 2019)

1) Riwayat Biologis

- a) Riwayat gangguan jiwa
- b) Riwayat Herediter
- c) Riwayat Napza/rokok/alkohol
- d) Trauma kepala

2) Riwayat Psikologi

- a) Kehilangan orang yang dicintai/berarti
- b) Peran tidak dapat dilakukan
- c) Gagal dalam pernikahan
- d) Pola asuh : otoriter, permisif
- e) Komunikasi tertutup

3) Riwayat Sosial

- a) Tidak memiliki teman
- b) Pendapatan : ekonomi rendah
- c) Pendidikan : putus sekolah
- d) Konflik keluarga
- e) Kurang keyakinan menjalankan ibadah

b. Faktor Presipitasi

1) Biologis

- a) Putus Obat

2) Psikologis

- a) Pengalaman yang tidak menyenangkan
- b) Kehilangan orang yang berarti

3) Sosial

- a) Putus sekolah
- b) Konflik keluarga

c) Penghasilan kurang/rendah

3. Tanda dan Gejala

a. Respon kognitif klien harga diri rendah (Wijayanti, et al 2019; Stuart, 2014)

- 1) Menilai diri negatif
- 2) Mengkritik diri/tidak ada kelebihan
- 3) Bergantung pada pendapat orang lain
- 4) Merasa tidak berarti
- 5) Menilai diri tidak berguna

b. Respon afektif klien harga diri rendah

- 1) Malu/minder
- 2) Putus asa/sedih
- 3) Merasa tidak mampu/tidak berdaya
- 4) Mudah tersinggung
- 5) Merasa bersalah

c. Respon fisiologis klien harga diri rendah

- 1) Gangguan tidur
- 2) Lesu/Tidak bergairah
- 3) Kontak mata kurang
- 4) Bicara pelan
- 5) Tampak ragu melakukan sesuatu

d. Respon perilaku klien harga diri rendah

- 1) Menarik diri
- 2) Banyak diam
- 3) Perilaku banyak menunduk
- 4) Kurang partisipasi sosial
- 5) Tidak suka komunikasi verbal

4. Diagnosa Keperawatan : Harga diri Rendah

Perencanaan Keperawatan

- a. Tujuan tindakan keperawatan pada pasien
 - 1) Dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.
 - 2) Dapat menetapkan atau memilih kegiatan yang sesuai kemampuan
 - 3) Dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan
 - 4) Dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih (Direja, 2011).
- b. Tindakan keperawatan
 - 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
 - 2) Memdampingi pasien dalam memilih kegiatan yang dapat dilakukan
 - 3) Melatih pasien melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan
 - 4) Membantu pasien menyusun jadwal kegiatan harian

Isolasi Sosial

1. Pengertian

Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan dipersepsikan terjadi karena orang serta merupakan situasi negatif dan mengancam (Townsend, 2010). Isolasi sosial merupakan penurunan interaksi atau ketidakmampuan seseorang untuk melakukan interaksi dengan orang lain yang ada di lingkungan sekitar mereka (Keliat dkk, 2011). Isolasi sosial merupakan suatu kondisi dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien merasakan adanya penolakan, tidak diterima, merasakan kesepian, dan tidak memiliki kemampuan untuk membina

hubungan yang berarti dengan orang lain (Yosep, 2011).

2. Pengkajian

a. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) faktor predisposisi adalah jenis dan jumlah koping yang dipengaruhi oleh faktor risiko dan faktor protektif. Sedangkan faktor presipitasi adalah suatu stimulus yang diberikan dan dapat membuat individu merasa tertantang dan terancam sehingga menyebabkan stress. Menurut (Sukaesi, 2019) terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan isolasi sosial adalah:

1) Fisik

- a) Riwayat gangguan jiwa sebelumnya
- b) Riwayat pengguna napza

2) Psikologis

- a) Keinginan yang tidak terpenuhi
- b) Pengalaman yang tidak menyenangkan
- c) Tipe kepribadian tertutup

3) Faktor sosial budaya

- a) Usia, jenis kelamin
- b) Tingkat pendidikan
- c) Pekerjaan/penghasilan
- d) Konflik dalam keluarga

b. Faktor Presipitasi (Suteja, 2019)

- 1) Stresor sosiokultural; masalah dalam keluarga, kehilangan orang yang berarti dalam kehidupan
- 2) Stresor psikologik; ansietas berkepanjangan karena perpisahan/kehilangan

- 3) Stresor intelektual; ketidakmampuan mengatasi masalah, kegagalan
 - 4) Stresor Psikologis; penyakit kronik
3. Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala menurut (Keliat, 2014, Sukaesi, 2019 dan Suryati, et all, 2020) adalah

- a. Respon kognitif klien dengan isolasi sosial
 - 1) Adanya pikiran sepi
 - 2) Ditolak orang lain
 - 3) Tidak tertarik kegiatan sehari-hari
 - 4) Tidak dapat menerima nilai dari masyarakat, tidak aman berada dekat dengan orang lain
 - 5) Tidak mampu memenuhi harapan orang lain
 - 6) Tidak mampu membuat tujuan hidup
 - 7) Pikiran tidak yakin mampu melangsungkan hidup
- b. Respon afektif klien dengan isolasi sosial
 - 1) Afek datar/tumpul
 - 2) Merasa sedih/tertekan
 - 3) Kesepian, ditolak orang lain
 - 4) Tidak diperdulikan orang lain
 - 5) Merasa tidak aman dan nyaman dengan orang lain dan
- c. Respon fisiologis klien dengan isolasi sosial
 - 1) wajah terlihat murung
 - 2) sulit tidur
 - 3) merasa lelah atau letih dan
 - 4) kurang bergairah
- d. Respon perilaku klien dengan isolasi sosial
 - 1) tidak ada kontak mata

- 2) tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari
 - 3) kurang aktivitas fisik dan verbal
 - 4) banyak berdiam diri di kamar, melamun
 - 5) tidak mampu melakukan pekerjaan dengan tuntas
- e. Respon sosial klien dengan isolasi sosial
- 1) perilaku menarik diri dari orang lain
 - 2) sulit berinteraksi, tidak mau berkomunikasi dengan orang lain
 - 3) kegagalan berinteraksi dengan orang lain di dekatnya
 - 4) tidak mampu berpartisipasi dalam kegiatan sosial
 - 5) acuh terhadap lingkungan dan curiga pada orang lain
4. Diagnosa Keperawatan
- Diagnosa keperawatan merupakan proses yang berfokus pada aspek pengkajian dan pengumpulan data untuk mendiagnosis masalah keperawatan pasien berdasarkan data subjektif dan objektif serta pemeriksaan penunjang (Koerniawan, et all, 2020)
- Diagnosa keperawatan: Isolasi Sosial (Keliat, 2014: Direja, 2019)
5. Rencana Keperawatan (Direja, 2019)
- Penerapan terapi generalis menggunakan pedoman asuhan keperawatan diagnosa gangguan jiwa dengan pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP) yang telah ditetapkan.
- a. SP 1, melatih klien mengenal masalah isolasi sosial
 - b. SP 2, melatih klien berkenalan dengan perawat atau pasien lain

- c. SP 3 melatih klien berkenalan dengan 2 orang atau lebih
- d. SP 4, melatih klien berinteraksi dengan kelompok.

Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia risiko perilaku kekerasan adalah kondisi berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/ atau seksual pada diri sendiri atau orang lain (PPNI, 2016). Perilaku kekerasan adalah salah satu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologi (Keliat et al., 2011).

2. Pengkajian

Menurut Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) faktor predisposisi adalah jenis dan jumlah koping yang dipengaruhi oleh faktor risiko dan faktor protektif. Sedangkan faktor presipitasi adalah suatu stimulus yang diberikan dan dapat membuat individu merasa tertantang dan terancam sehingga menyebabkan stress. Menurut (Kandar & Iswanti, 2019; Livina & suerni, 2019), faktor-faktor yang menyebabkan perilaku kekerasan pada pasien adalah;

a. Faktor Predidposisi

1) Biologis

- a) Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- b) (sering marah-marah, melakukan perilaku kekerasan dan interaksi antara genetic dan pola asuh dalam keluarga)
- c) Riwayat pernah mengalami gangguan jiwa
- d) Mengalami kekerasan fisik dalam keluarga (dipukul)
- e) Riwayat kejang/ trauma kepala

- f) Riwayat menggunakan alkohol dan obat-obatan terlarang (NAPZA)
- 2) Psikososial
 - a) Masalah dalam keluarga; penolakan dari anggota keluarga)
 - b) Sulit mengungkapkan ide dan memulai pembicaraan
 - c) Kepribadian tertutup/memendam masalah
 - d) Sering berfikir negatif
- 3) Sosiokultural
 - a) Kehilangan orang yang dicintai
 - b) Tidak harmonis dalam keluarga/perceraian)
 - c) Putus sekolah atau berpendidikan rendah
 - d) Kegagalan dalam pekerjaan (bangkrut dalam usaha)
 - e) Sosial ekonomi cukup atau kurang
- b. Faktor Presipitasi

Menurut (Kandar & Iswanti, 2019), terdapat beberapa faktor pencetus yang menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan, adalah

- 1) Faktor genetik
 - Putus obat sebagai pencetus pasien mengalami resiko perilaku kekerasan.
- 2) Faktor psikologis yaitu konsep diri; tidak diterima lingkungan sekitar sebagai pencetus pasien mengalami risiko perilaku kekerasan.
- 3) Faktor sosial budaya yaitu ketidakharmonisan lingkungan tempat tinggal membuat diri ingin marah dan berbicara dengan kasar

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan menurut (Keliat, et al, 2019; Pardede, 2020)

a. Subjektif

- 1) Mengungkapkan perasaan kesal atau marah pada orang lain
- 2) Mengungkapkan keinginan memukul orang lain
- 3) Menyatakan tidak dapat mengontrol perasaan marah/kesal
- 4) Mengatakan keinginan melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

b. Objektif

- 1) Mata melotot/ pandangan tajam
- 2) Tangan mengepal, rahang mengatup
- 3) Muka merah dan tegang
- 4) Gelisah, mondar-mandir
- 5) Postur tubuh kaku
- 6) Tekanan darah meningkat
- 7) Nadi meningkat

4. Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

5. Rencana Keperawatan (Pardede, 2020)

a. Tujuan tindakan keperawatan, pasien mampu

- 1) Mengetahui penyebab, tanda dan manifestasi serta akibat dari perilaku kekerasan
- 2) Mengendalikan perbuatan kekerasan dengan cara fisik 1 nafas dalam dan cara fisik 2: memukul kasur/bantal tidur
- 3) Mengendalikan perilaku kekerasan dengan meminum obat secara konsisten

- 4) Mengendalikan perilaku kekerasan dengan lisan/verbal baik-baik
 - 5) Mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- b. Tindakan keperawatan generalis pada klien Risiko Perilaku
- 1) Menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat perilaku kekerasan serta melatih latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
 - 2) Menjelaskan dan melatih klien minum obat dengan prinsip 6 benar, manfaat/keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat.
 - 3) Melatih cara verbal/ bicara baik-baik
 - 4) Melatih cara spiritual

Halusinasi

1. Pengertian

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakansensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan atau perabaan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Aji, 2019). Halusinasi adalah perubahan dalam jumlah atau pola stimulus yang datang disertai gangguan respon yang kurang, berlebihan, atau distorsi terhadap stimulus tersebut (Astutik, 2018).

2. Pengkajian

Menurut Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) faktor predisposisi adalah jenis dan jumlah koping yang dipengaruhi oleh faktor risiko dan faktor protektif. Sedangkan faktor presipitasi adalah suatu stimulus yang diberikan dan dapat membuat individu merasa tertantang dan terancam sehingga menyebabkan stress.

Menurut Aldam & Wardani, (2019), faktor-faktor yang menyebabkan gangguan jiwa mengalami halusinasi adalah sebagai berikut

a. Faktor Predisposisi

- 1) Faktor biologis yang berhubungan dengan perkembangan sistem saraf yang tidak normal
- 2) Faktor psikologis seperti pola asuh orang tua, kondisi keluarga dan lingkungan,
- 3) Faktor sosial budaya seperti kondisi ekonomi, konflik sosial, serta kehidupan yang terisolasi disertai stres.

b. Faktor Presipitasi (Aldam & Wardani, 2019)

- 1) Faktor biologi yang terkait dalam gangguan komunikasi dan putaran balik otak yang mengatur proses informasi,
- 2) Faktor psikologi yaitu pengalaman yang tidak menyenangkan/penolakan dari masyarakat, rasa bersalah, berduka dan kehilangan
- 3) Faktor sosial budaya yang mana terjadi tingkat stresor lingkungan di luar batas toleransi individu, stressor kuliah

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi pendengaran (Aldam & Wardani, 2019)

- a. Data subjektif: mendengar kebisingan, bisikan yang mengajak dirinya berbincang dan bisikan yang menyuruh dirinya untuk melukai diri dan orang lain, perasaan takut (Videback, 2011)
- b. Data objektif: marah- marah, cemas, mondar-mandir, bingung dan tidak mau melakukan aktivitas

4. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi

5. Perencanaan Keperawatan

- a. Tujuan intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan secara generalis sangat efektif diberikan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran (Aldam & Wardani, 2019). Intervensi keperawatan bertujuan agar pasien dengan halusinasi dapat mengontrol dan mengendalikan halusinansi dengan cara efektif. Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya. b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya. c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal.

b. Intervensi Keperawatan

Mengajarkan pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara;

- 1) SP 1, mengahrdik dengan menutup telinga atau mengajak klien untuk konsentrasi dan yakin dalam hati bahwa dirinya mampu untuk menghilangkan halusinasi
- 2) SP 2, minum obat
- 3) SP 3, mengajak klien untuk mengobrol dengan orang lain
- 4) SP 4, mengajak klien untuk melakukan aktivitas yang paling disukai

Defisit Perawatan Diri

1. Pengertian

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami hambatan atau gangguan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi untuk diri sendiri (Wilkison, 2007). Selain itu, Menurut (Nurhalimah, 2016) ttanda dan gejala defisit perawatan diri kepada pasien halusinasi dapat ditemukan melalui observasi salah satunya adalah Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor.

2. Pengkajian

Menurut Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) faktor predisposisi adalah jenis dan jumlah koping yang dipengaruhi oleh faktor risiko dan faktor protektif. Sedangkan faktor presipitasi adalah suatu stimulus yang diberikan dan dapat membuat individu merasa tertantang dan terancam sehingga menyebabkan stress

a. Faktor Predisposisi (Nurhalimah, 2016).

1) Biologis

Adanya penyakit fisik dan mental, riwayat anggota keluarga mengalami gangguan jiwa

2) Psikologis

Pada masa perkembangan, dengan over protektif dari keluarga menyebabkan perkembangan inisiatif terganggu. Kurangnya kemampuan realitas pasien.

3) Sosial

Kurangnya dukungan keluarga dan lingkungan untuk melakukan kebersihan diri

b. Faktor presipitasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene adalah:

1) Body Image

2) Status Sosial Ekonomi

3) Pengetahuan

4) Budaya

5) Kebiasaan Seseorang

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala defisit perawatan diri (Novi & Afconneri, 2020). Aspek tersebut antara lain:

- a. Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor.
 - b. Ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan rambut acakacakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan.
 - c. Ketidakmampuan makan secara mandiri ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makantidak pada tempatnya.
 - d. Ketidakmampuan defekasi/ berkemih secara mandiri, ditandai dengan defekasi/ berkemih tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah defekasi/ berkemih.
4. Diagnosa Keperawatan: Defisit Perawatan Diri
5. Perencanaan keperawatan
- a. Tujuan intervensi Keperawatan, pasien mampu melakukan:
 - 1) Kebersihan diri secara mandiri
 - 2) Makan dan minum dengan baik
 - 3) BAB/BAK secara mandiri
 - 4) Membersihkan dan merapikan lingkungan rumah
 - b. Intervensi Keperawatan
Pada pasien defisit perawatan diri ada empat Standar Pelaksanaan Komunikasi (SP).
 - 1) SP 1, Melatih kebersihan diri
Kegiatan yang dilakukan adalah mandi, keramas, sikat gigi, berpakaian, berhias dan gunting kuku.
 - 2) SP 2, melatih makan dan minum

Diskusikan gunanya makan dan minum yang baik dan teratur, diskusikan alat tempat makan dan minum, diskusikan kebutuhan makan dan minum yang baik

3) SP 3, Melatih BAB dan BAK

Diskusikan gunannya BAB dan BAK, diskusikan tempat dan cara menggunakan, cara membersihkan tempat dan cara membersihkan diri, latih BAB dan BAK yang baik.

4) SP 4 melatih kebersihan dan kerapian lingkungan rumah

Membersihkan dan Merapikan lingkungan yaitu kamar, tidur, ruang makan, dapur, kamar mandi (Keliat.dkk, 2019).

Daftar Pustaka

- Aldam., S.F. S., Wardani, I.Y. (2019). Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Generalis Pada Pasien Skizofrenia Dalam Menurunkan Gejala Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa* Volume 7 No 2 Hal 165 - 172, Agustus 2019 FIKKes Universitas Muhammadiyah Semarang bekerjasama dengan PPNI Jawa Tengah 165
- Direja, A.H.S. 2011. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Halifah, E. N. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Sdr. A Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Diruang Bima Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas*. Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Herawati, N., Afconneri, Y. (2020). Perawatan Diri Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa PPNI*. Vol. 8 No, 2 Tahun 2020. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/5218>
- Kandar, I., Iswanti, D.I. (2019). Faktor Predestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149. <https://doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226>
- Keliat, A. (2014). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. EGC.
- Keliat, B. A. et al. (2011) *Proses keperawatan kesehatan jiwa*, EGC, Jakarta. doi: 10.1016/j.jmii.2015.03.004
- Keliat, B.A., et al. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa* . Jakarta. EGC
- Livana, P.H., Suerni, T. (2019). Faktor Predisposisi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa* Volume 1 No 1, Hal 27 - 38, Desember 2019. <https://jurnal.rs-amino.jatengprov.go.id/index.php/JIKJ/article/view/4>
- Koerniawan, D., Daeli, N.E., Srimiyati. (2020) *Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome,*
-

Dan Intervensi Pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari* Volume 3, Nomor 2, Juni 2020
e-ISSN: 2581-1975 p-ISSN: 2597-7482 DOI:
<https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198739>

- Nurhalimah. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa*. Jakarta Selatan: Kemenkes RI.
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Edisi Indonesia. Elsevier.
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and practice of psychiatric nursing-ebook*: Elsevier Health Sciences
- Sukaesi, D. (2018). *Sosial Skill Training Pada Klien Isolasi Sosial*. *Jurnal Keperawatan* Volume 6 No 1, Hal 19 - 24, Mei 2018 ISSN 2338-2090 (Cetak) FIKKes Universitas Muhammadiyah Semarang bekerjasama dengan PPNI Jawa Tengah.
<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/4418>
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa. Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Pustaka Baru Press. Yogyakarta
- Pardede, J. A. (2020). *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan*.
<https://www.researchgate.net/publication/346846440>

Profil Penulis



Sri Endriyani, S.Kep., Ners., M.Kep.

Lahir di Palembang pada 19 Januari 1976. Penulis memulai jenjang pendidikannya di SD Muhammadiyah I Palembang, SMP negeri I Palembang dan SMA Muhammadiyah I Palembang. Penulis melanjutkan ke jenjang DIII Keperawatan di Akper Depkes Palembang. Setelah menyelesaikan pendidikan di Akademi Keperawatan Depkes Palembang tahun 1997, penulis bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Kayu Agung dan mendapatkan banyak sekali pengalaman bertugas, yaitu di bangsal Anak, Penyakit Dalam, Bedah dan Instalasi Gawat Darurat hingga penulis mendapatkan kesempatan untuk mengikuti tugas belajar profesi Ners ke Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sriwijaya tahun 2003 hingga tahun 2006. Pada tahun 2009 penulis pindah tugas ke instansi pendidikan Poltekkes Kemenkes Palembang dan melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan pada tahun 2011 hingga 2013 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan peminatan keperawatan jiwa. Saat ini penulis aktif sebagai dosen di Jurusan Keperawatan Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Palembang dengan mengajar mata kuliah Keperawatan Jiwa, Psikologi dan Komunikasi.

Email Penulis: yani@poltekkespalembang.ac.id

TREND, ISSUE DAN KONSEP KEPERAWATAN KOMUNITAS

Leya Indah Permatasari, S.Kep., Ns., M.Kep

Universitas Muhammadiyah Cirebon

Trend dan Issue Keperawatan Komunitas

Trend yaitu sesuatu yang sedang diperbincangkan saat ini dan berdasarkan fakta. Sementara Issue adalah suatu peristiwa yang dapat diperkirakan terjadi dimasa yang akan datang dan belum jelas buktinya. Jadi, trend dan isu keperawatan komunitas merupakan sesuatu yang booming, aktual, dan sedang hangat diperbincangkan serta desas-desus dalam ruang lingkup keperawatan komunitas. Adapun trend dan isu dalam keperawatan komunitas mengacu pada salah satu kebijakan RPJMN 2015-2019 diantaranya:

1. Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Masyarakat

Menurut Kemkes (2011), perilaku hidup bersih dan sehat merupakan semua perilaku yang dilakukan karena kesadaran pribadi sehingga keluarga dan seluruh anggota keluarga mampu menolong diri sendiri pada bidang kesehatan serta memiliki peran aktif dalam aktivitas masyarakat. Langkah-langkah PHBS berupa edukasi melalui pendekatan pimpinan masyarakat, bina suasana dan pemberdayaan masyarakat dengan tujuan agar masyarakat memiliki kemampuan untuk mengenal, mengetahui masalah kesehatan yang ada disekitar sehingga menjalani

kehidupan sehari-hari yang bersih dan sehat. PHBS ini dapat diterapkan di rumah tangga, sekolah, tempat kerja, sarana kesehatan dan tempat-tempat umum. Dengan menjalankan PHBS dapat meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjalani hidup bersih dan sehat.

2. Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Masyarakat

Pada tahun 2016, 71 persen penyebab kematian di dunia dikarenakan penyakit tidak menular yang membunuh 36 juta jiwa pertahun. Kematian ini disebabkan karena 35 % penyakit jantung dan pembuluh darah, 12 % penyakit kanker, 6% penyakit pernapasan kronis, 6% diabetes dan 15 % disebabkan oleh penyakit tidak menular lainnya (data WHO, 2018 dalam Kementerian Kesehatan RI, 2019). Saat ini Indonesia menghadapi beban ganda penyakit yaitu penyakit menular dan penyakit tidak menular. Perubahan pola ini sangat dipengaruhi oleh adanya perubahan lingkungan, perilaku masyarakat, transisi demografi, teknologi, ekonomi dan sosial budaya. Peningkatan beban akibat penyakit tidak menular mengakibatkan faktor risiko diantaranya meningkatnya tekanan darah, gula darah, indeks masa tubuh atau obesitas, pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, merokok serta alkohol. Upaya untuk mengatasi masalah penyakit tidak menular ini dengan melaksanakan upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif secara komprehensif. Diantaranya memberikan sosialisasi pencegahan dan pengendalian faktor penyakit tidak menular kepada seluruh masyarakat, meningkatkan kemandirian masyarakat melalui perilaku CERDIK (Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet seimbang, Istirahat yang cukup dan Kelola stress) , melakukan deteksi dini dan tindak lanjut faktor risiko penyakit tidak menular baik di posbindu maupun dipelayanan kesehatan, melakukan penguatan tata laksana kasus sesuai standar dan meningkatkan program peningkatan kualitas hidup

atau perawatan kualitas hidup (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

3. Peningkatan Promosi Kesehatan di Masyarakat

Hulu, Victor Trismanjaya dkk, (2020), menjelaskan bahwa promosi kesehatan bertujuan memberikan pesan tentang kesehatan kepada masyarakat agar mereka mampu mempertahankan dan melindungi kesehatan mereka dengan menerapkan perilaku hidup sehat. Dengan adanya promosi kesehatan ini diharapkan mereka dapat memiliki informasi terkait kesehatan serta upaya pencegahan dengan memberikan pendidikan kesehatan sehingga masyarakat dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap dalam upaya pencegahan masalah kesehatan. Peningkatan program promosi kesehatan ini sangat berperan dalam menciptakan individu, keluarga, komunitas, tempat kerja dan organisasi yang lebih sehat. Selain itu promosi kesehatan merupakan penunjang dari program-program kesehatan seperti kesehatan lingkungan, peningkatan status gizi masyarakat, pemberantasan penyakit menular, pencegahan penyakit tidak menular, peningkatan kesehatan ibu dan anak serta pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2012 dalam Hulu, Victor Trismanjaya dkk, 2020).

Konsep Komunitas

Komunitas adalah kumpulan orang yang hidup bersama di suatu daerah atau suatu lokasi, membentuk budaya dan saling berinteraksi satu dengan lainnya, bersifat kontinyu serta terikat oleh identitas bersama (Stanhope & Lancaster, 2016 dalam Riasmini, Ni Made, dkk 2017). Komunitas diidentifikasi melalui 3 atribut yaitu orang, tempat dan interaksi sosial (Maurer & Smith, 2013 dalam Nies & McEwen, 2019). Komunitas adalah sekumpulan orang yang berinteraksi satu sama lain, memiliki kepentingan yang sama, membentuk dasar bagi sebuah rasa kesatuan dan kepemilikan (Alexander, Rector & Warmer, 2013 dalam Nies & McEwen, 2019)

Dari pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa komunitas merupakan sekumpulan orang yang tinggal dalam satu daerah yang sama, dengan berbagai budaya yang saling berinteraksi satu sama lainnya.

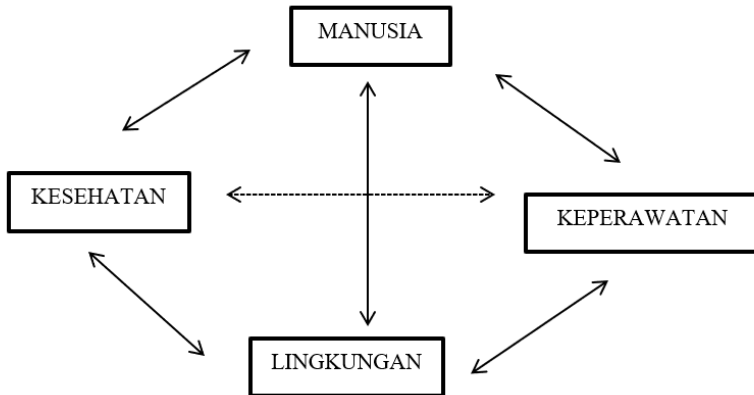
Konsep Keperawatan Komunitas

Keperawatan Komunitas adalah area pelayanan keperawatan profesional dan holistik baik bio, psiko, sosio, spiritual dan berfokus pada kelompok risiko tinggi yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui kegiatan promotif, preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif dengan melibatkan komunitas sebagai mitra dalam menyelesaikan masalah (Hithcock, Scubert & Thomas, 1999; Allender & Spradley, 2001 , Stanhope & Lancaster, 2016 dalam Nies & McEwen, 2019).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keperawatan komunitas merupakan bagian dari ilmu keperawatan yang merupakan keterpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kegiatan promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.

Falsafah Keperawatan Komunitas

Falsafah keperawatan komunitas, keperawatan komunitas memandang manusia sebagai bio-psiko-sosil-kultural dan spiritual terhadap kesehatan komunitas. Falsafah keperawatan komunitas mengacu kepada paradigma keperawatan yang terdiri dari empat komponen pokok yaitu manusia, keperawatan , kesehatan dan lingkungan (Logan & Dawkins, 1987 dalam Ekasari dkk, 2007).



Gambar 9.1 Paradigma Keperawatan

Berdasarkan gambar diatas, dapat dijabarkan bahwa :

1. Manusia

Manusia sebagai sasaran pelayanan atau asuhan keperawatan dalam praktik keperawatan komunitas. Sasaran praktik keperawatan komunitas yaitu individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2. Kesehatan

Kesehatan didalam keperawatan komunitas mengandung arti sebagai kemampuan seseorang untuk melaksanakan peran dan fungsi dengan efektif. Menurut Hendrik L.Blum ada empat faktor yang mempengaruhi kesehatan yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan.

3. Keperawatan

Keperawatan komunitas dipandang sebagai bentuk layanan yang diberikan oleh perawat secara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan menggunakan pendekatan secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Perawat memberikan asuhan keperawatan sebagai upaya pencegahan primer, sekunder dan tersier sehingga individu, keluarga, kelompok dan masyarakat mampu secara mandiri

memelihara kesehatannya sehingga secara bertahap akan mencapai kemandirian.

4. Lingkungan

Dalam falsafah keperawatan komunitas lingkungan berfokus pada lingkungan masyarakat dimana lingkungan masyarakat ini akan dapat mempengaruhi kesehatan seseorang terutama dalam kesehatan.

Penerapan falasah dalam keperawatan komunitas (Ekasari dkk, 2007) diantaranya:

1. Pelayanan keperawatan kesehatan komunitas merupakan bagian integral sebagai upaya kesehatan yang harus ada, bisa dijangkau dan dapat diterima oleh masyarakat.
2. Upaya pokok yang dilakukan yaitu promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.
3. Jenis pelayan dilakukan secara *direct care* atau secara langsung dan berkelanjutan
4. Perawat sebagai provider dan klien sebagai konsumen pelayanan kesehatan, menjalin hubungan yang saling mendukung satu sama lain.
5. Pengembangan tenaga keperawatan kesehatan masyarakat direncanakan secara berkesinambungan
6. Individu di masyarakat ikut bertanggung jawab atas kesehatannya. Berpartisipasi aktif dalam pelayanan kesehatan secara mandiri.

Tujuan Keperawatan Komunitas

Tujuan keperawatan komunitas adalah melindungi masyarakat dari penyakit dan efeknya (Leavell dan Clark,1958 dalam Nies & McEwen, 2019) mengidentifikasi tiga level pencegahan yaitu pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier. Adapun penjelasan upaya level pencegahan tersebut sebagai berikut:

1. Pencegahan Primer

Pencegahan primer ditujukan baik kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Pencegahan primer dimulai ketika masalah belum terjadi dengan mengubah kerentanan atau paparan yang terjadi pada seseorang. Bentuk tindakan yang dapat dilakukan adalah promosi kesehatan meningkatkan faktor ketahanan dan upaya perlindungan, contohnya pemberian imunisasi, pemberian vaksin, pemberian promkes dan lain-lain (Riasmini, Ni Made, dkk 2017).

2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder ditujukan baik kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Pencegahan sekunder dilakukan setelah masalah terjadi namun tanda dan gejala belum muncul serta populasi memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan (Keller et al, 2004 dalam Nies & McEwen, 2019). Bentuk upaya pencegahan sekunder yaitu skrining kesehatan, pemeriksaan kesehatan secara berkala (Riasmini, Ni Made, dkk 2017).

3. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier ditujukan baik kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat pada masa pemulihan. Tujuan pencegahan tersier yaitu mencegah kesehatan menjadi lebih buruk, sehingga mengurangi efek dari penyakit, cedera dan mengembalikan fungsi seseorang ke level optimal (Keller et al, 2004); McEwen dan Pullis, 2009 dalam Nies & McEwen, 2019). Bentuk tindakan pencegahan tersier diantaranya, mengajarkan teknik ROM pada pasien pasca stroke, melakukan kegiatan pemulihan kesehatan pasca bencana (Riasmini, Ni Made, dkk 2017).

Area Praktik Keperawatan Komunitas

Pelayanan keperawatan kesehatan komunitas dapat diberikan secara langsung pada tanaman pelayanan kesehatan seperti sebagai berikut (Riasmini, Ni Made, dkk 2017):

1. Unit Pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas dll) yang mempunyai pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

2. Rumah

Perawat *home care* memberikan pelayanan secara langsung pada keluarga di rumah yang menderita penyakit baik akut maupun kronis. Perawat *home care* berperan untuk meningkatkan fungsi keluarga sehingga keluarga mampu perawat anggota keluarga yang memiliki risiko masalah kesehatan.

3. Sekolah

Perawat sekolah dapat memberikan perawatan sehari (*day care*) di lingkungan institusi pendidikan seperti TK, SD, SMP, SMA dan Perguruan Tinggi dengan sasaran siswa/i, mahasiswa/i, serta karyawan lingkup sekolah. Perawat sekolah melaksanakan program skrining kesehatan dan pendidikan kesehatan dalam asuhan keperawatan yang holistik.

4. Tempat Kerja atau Industri

Perawat dapat melakukan kegiatan perawat langsung dengan kasus kesakitan/kecelakaan minimal tempat kerja/kantor, *home industry*, pabrik dll. Jenis pelayanan yang dapat dilakukan perawat diantaranya pemberian pendidikan kesehatan untuk keamanan dan keselamatan kerja, nutrisi seimbang, penurunan stress, olah raga, dan penanganan perokok serta pengawasan makanan.

5. Barak Penampungan

Perawat memberikan penanganan secara langsung terhadap kasus akut, penyakit kronis dan kecacatan fisik ganda dan gangguan mental.

6. Kegiatan Puskesmas Keliling

Pelayanan keperawatan dalam puskesmas keliling diberikan kepada individu, kelompok masyarakat di pedesaan dan kelompok terlanjar. Pelayanan keperawatan yang dilakukan adalah skrining kesehatan, asuhan keperawatan pada kasus penyakit

akut dan kronis termasuk pengobatan sederhana sesuai dengan program puskesmas, pengelolaan dan rujukan kasus penyakit.

7. Panti atau Kelompok Khusus

Pelayanan dan asuhan keperawatan pada kelompok khusus seperti panti asuhan anak, panti wreda, panti sosial lain, rumah tahanan (rutan), serta lembaga permasyarakatan (LP).

8. Pelayanan pada Kelompok Risiko Tinggi

Pelayanan dan asuhan keperawatan ditujukan pada kelompok risiko tinggi seperti kelompok wanita, anak-anak dan lansia yang mendapat perlakuan kekerasan.

Sasaran Keperawatan Komunitas

Sasaran keperawatan komunitas menurut Riasmini, Ni Made, dkk (2017), terdiri dari:

1. Sasaran Individu

Individu meliputi balita gizi buruk, ibu hamil risiko tinggi, usia lanjut, penderita penyakit menular dan tidak menular seperti (TB paru, Kusta, Malaria, Demam Berdarah, Diare, ISPA/Pneumonia, dan penderita penyakit degeneratif.

2. Sasaran Keluarga

Sasaran Keluarga adalah keluarga yang termasuk risiko (*at risk*) ; rentan terhadap masalah kesehatan (*vulnerable group*) atau risiko tinggi (*high risk group*) dengan prioritas:

- a. Keluarga miskin yang belum kotak dengan sarana pelayanan kesehatan baik puskesmas dan jaringannya serta belum memiliki kartu sehat
- b. Keluarga miskin yang sudah memanfaatkan sarana kesehatan mempunyai masalah terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan balita, kesehatan reproduksi, penyakit menular.

- c. Keluarga tidak termasuk keluarga miskin yang memiliki masalah kesehatan prioritas serta belum memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan.

3. Sasaran Kelompok

Sasaran kelompok merupakan kelompok masyarakat khusus yang memiliki risiko atau rentan terhadap timbulnya masalah kesehatan baik yang terikat institusi maupun tidak terikat institusi. Prioritas dari sasaran kelompok yaitu:

- a. Kelompok masyarakat khusus tidak terkait suatu institusi (posyandu, kelompok balita, ibu hamil, usia lanjut, kelompok penderita penyakit tertentu, kelompok pekerja informal).
- b. Kelompok masyarakat khusus dalam suatu institusi (sekolah, pesantren, panti asuhan, panti werdha, rumah tahanan dan lembaga permasyarakatan).

4. Sasaran Masyarakat

Sasaran masyarakat yaitu masyarakat yang memiliki masalah risiko tinggi terhadap kesehatannya, prioritas dari sasaran masyarakat yaitu:

- a. Masyarakat suatu wilayah (RT, RW, Kelurahan/Desa) yang mempunyai jumlah bayi meninggal lebih tinggi dibanding daerah lain, jumlah penderita penyakit tertentu lebih tinggi dibandingkan dengan daerah lain, cakupan pelayanan kesehatan lebih rendah dibandingkan daerah lain.
- b. Masyarakat di daerah endemis penyakit menular (malaria, diare, demam berdarah, dan lain-lain).
- c. Masyarakat lokasi pengungsian akibat bencana.
- d. Masyarakat di daerah kondisi terbatas/terpencil.
- e. Masyarakat di daerah pemukiman dengan transportasi sulit seperti transmigrasi.

Prinsip Pemberian Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas

Dalam memberikan pelayanan kesehatan, perawat komunitas harus mempertimbangkan beberapa prinsip (Efendi dan Makhfudli, 2009) diantaranya:

1. *Justice*

Perawat komunitas harus bertindak adil dan tidak berat sebelah dalam menjalankan asuhan keperawatan.

2. *Autonomy*

Perawat memberikan informasi/saran kepada klien dalam mengambil keputusan, klien berhak untuk menerima atau menolak tindakan keperawatan yang akan diberikan. Selain itu klien berhak untuk memilih alternatif terbaik untuk kesehatannya.

3. *Beneficence*

Dalam memberikan asuhan keperawatan tindakan yang diberikan memberikan manfaat yang besar bagi klien, keluarga maupun komunitas. Perawat harus menyadari bahwa tindakan atau pengobatan yang akan dilakukan benar-benar bermanfaat bagi kesehatan dan kesembuhan klien.

4. *Non-maleficene*

Perawat komunitas berusaha semaksimal mungkin untuk menghindari melakukan kesalahan yang dapat merugikan klien.

5. *Veracity*

Perawat komunitas menerapkan kejujuran dalam menyampaikan kondisi klien secara jujur dan jelas apa yang akan dilakukan serta risiko yang akan terjadi.

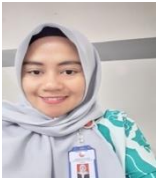
6. *Confidentiality*

Perawat komunitas memegang teguh prinsip kerahasiaan informasi klien, meskipun klien telah meninggal.

Daftar Pustaka

- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). (2014). *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019*. Jakarta.
- Efendi, Ferry & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Salemba Medika.
- Ekasari, Mia Fatma, dkk. (2007). *Keperawatan Komunitas: Upaya Memandirikan Masyarakat Untuk Hidup Sehat*. Jakarta: Trans Info Media.
- Hulu, Victor Trismanjaya, dkk. (2020). *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Yayasan Kita Menulis.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Pedoman Manajemen Penyakit Tidak Menular Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Kementerian Kesehatan RI.
- Nies, Mary A & McEwen. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*.
- Riasmini, Ni Made dkk. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok dan Komunitas dengan Modifikasi Nanda, ICNP, NOC, NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. Universitas Indonesia: UI-Press

Profil Penulis



Leya Indah Permatasari

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2004. Hal tersebut membuat penulis melanjutkan pendidikan dan menyelesaikan studi di Ilmu Keperawatan (S1 dan Profesi) di Fakultas Keperawatan UNPAD pada tahun 2010. Dua tahun kemudian, ditahun 2012 penulis mendapat kesempatan untuk melanjutkan studi S2 Magister Keperawatan di PROGRAM PASCASARJANA KEPERAWATAN UNPAD dengan memilih konsentrasi Keperawatan Komunitas.

Karir penulis sebagai dosen dimulai pada tahun 2010 hingga saat ini. Dari tahun 2010 penulis aktif mengajar dibidang Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen yang profesional, penulis tidak hanya aktif sebagai peneliti sesuai bidang penulis, namun juga melaksanakan pengabdian pada masyarakat yang berfokus pada keperawatan komunitas sesuai bidang penulis. Selain sebagai peneliti dan pengabdian pada masyarakat, penulis memulai menulis buku yang berfokus pada bidang keperawatan komunitas. Selain untuk mengembangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis, dengan menulis buku yang berfokus pada bidang keperawatan komunitas ini merupakan bentuk eksistensi penulis sebagai pendidik.

Email Penulis: leyapermatasari@gmail.com

ETIKA, NILAI DAN PARADIGMA KEPERAWATAN KOMUNITAS

Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.

UNIKA Santu Paulus Ruteng

Etika dalam Keperawatan Komunitas

Secara etimologi etika berasal dari Bahasa Yunani “*ethos*” yang artinya kebiasaan atau karakter. Etika dapat didefinisikan sebagai cabang filsafat yang berkaitan dengan standar perilaku dan pertimbangan moral seseorang. Moral adalah prinsip dan aturan perilaku yang benar berkaitan dengan komitmen terhadap prinsip dan nilai yang di pertahankan dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini mengacu pada metode penyelidikan yang membantu orang memahami moralitas seseorang. Etika adalah cara kita memandang tentang perilaku seseorang. Etika mengarah pada praktik atau keyakinan kelompok tertentu (etika keperawatan dan etika kedokteran), hal ini merujuk pada standar yang diharapkan dalam menerapkan profesionalisme kerja. (Cherie et al., 2005)

Praktik keperawatan yang didasarkan pada etika dan kepedulian dapat mengubah praktik perawatan Kesehatan menjadi lebih baik. Jean Watson dkk menjelaskan dalam menerapkan etika keperawatan yang yang diterapkan kepada individu maupun kelompok atau komunitas harus bersifat menyeluruh tanpa melihat latar belakang seseorang. (Pope et al., 2016)

Etika keperawatan komunitas adalah pengambilan keputusan berdasarkan moral, pengetahuan tentang hak

klien, dan tanggung jawab profesi. Hak atas Kesehatan klien adalah hak yang bersifat alami, jadi setiap masyarakat berhak mendapatkan derajat Kesehatan seoptimal mungkin. (Mubarak I & Chayatin, 2013)

Hak atas pelayanan adalah setiap individu berhak berhak mendapatkan pelayanan atas barang dan jasa kesehatan berupa:

1. Hak mendapatkan pelayanan yang terhormat
2. Memperoleh informasi pengobatan yang lengkap
3. Informasi untuk suatu persetujuan
4. Penolakan pengobatan
5. Minta dilayani
6. Penolakan partisipasi riset
7. Kesenambungan pelayanan
8. Informasi tentang peraturan

Macam-Macam Etika

1. Etika Deskriptif

Eika deskriptif adalah nilai atau kepercayaan seseorang tentang sehat dan sakit dilihat dari budaya, social dan agama yang dianut oleh masing-masing individu. Setiap daerah memiliki budaya yang berbeda, dengan itu mereka melihat konsep sehat dan sakit berdasarkan budaya yang mereka miliki. Di daerah tertentu ada yang meyakini bahwa seseorang akan sembuh dengan melakukan ritual adat yang sering meleraka lakukan, tanpa harus berobat ke tempat pelayanan Kesehatan. (Cherie et al., 2005)

2. Etika Normatif

Etika normative adalah etika yang seharusnya ada dalam setiap individu dimana individu tersebut harus bersikap dan bertindak sesuai dengan apa yang bernilai dalam hidupnya. Atau dengan kata lain individu berperilaku, bertindak dan bersikap sesuai norma-norma yang telah disepakati bersama untuk

mencapai sesuatu yang baik dan diharapkan. (Cherie et al., 2005)

3. Etika Analitik

Etika analitik adalah menganalisis atau menilai apakah tindakan yang dilakukan seseorang atau kelompok benar atau salah. (Cherie et al., 2005)

Prinsip Etika Keperawatan Komunitas

Prinsip utama dalam etika keperawatan adalah:

1. Menghormati Otonomi Klien (*Autonomy*)

Menghormati otonomi klien adalah klien berhak menentukan dan memutuskan sendiri terhadap tindakan yang akan perawat lakukan kepada klien dan harus dilengkapi persetujuan tindakan medik (*informed consent*) agar tidak ada complain.

Empat yang melanggar otonomi klien adalah:

- a. Perawat memiliki asumsi bahwa pasien memiliki tujuan dan nilai yang sama dengan perawat
- b. Perawat tidak melakukan pendekatan kepada klien sehingga perawat tidak mengetahui apa yang sebenarnya terjadi pada klien
- c. Asumsi perawat tentang klien yang tidak memiliki pengetahuan yang luas
- d. Perawat lebih focus ke pekerjaan tanpa menerapkan prinsip *caring* kepada klien

2. Manfaat (*Beneficence*)

Manfaat adalah setiap tindakan dan pengobatan yang dilakukan perawat terhadap klien harus berdasarkan apa yang dibutuhkan klien sehingga bermanfaat untuk kesembuhan dan kesehatan klien. Tindakan bermanfaat yang dilakukan bagi klien tidak hanya Tindakan atau pengobatan yang berkaitan dengan fisik klien tetapi dukungan emosional yang sedang cemas atau depresi juga sangat bermanfaat bagi klien.

Tiga prinsip manfaat adalah:

- a. Selalu melakukan yang terbaik
- b. Mencegah hal-hal yang membahayakan
- c. Mencegah kesalahan dalam melakukan tindakan

3. Tidak Merugikan (*Non-maleficence*)

Tidak merugikan adalah perawat harus meminimalisir terjadinya kesalahan atau cedera yang menyebabkan terjadinya resiko kepada klien baik resiko fisik, psikologis maupun social.

4. Keadilan (*Justice*)

Keadilan adalah semua Tindakan yang dilakukan berdasarkan kebutuhan klien. Semua klien diperlakukan secara adil tanpa membedakan latar belakang klien.

5. Kejujuran (*Veracity*)

Kejujuran adalah perawat hendaknya berkata jujur tentang apa yang terjadi dan tentang tindakan yang akan dilakukan, hal ini untuk membangun integritas antara perawat dan klien, dengan memperhatikan latar belakang Pendidikan dari klien agar Bahasa yang di gunakan bisa disesuaikan dan di terima klien.

6. Kesetiaan (*Fidelity*)

Kesetiaan adalah perawat harus bisa menjaga komitmen dengan klien. Hal-hal yang harus diperhatikan perawat adalah:

- a. Perawat memiliki komitmen dalam memberikan perawatan dan dalam mempertahankan kompetensi keperawatan
- b. Perawat tidak memberikan harapan yang berlebihan kepada klien
- c. Perawat harus menepati komitmen yang sudah dibangun Bersama klien

7. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan adalah perawat harus bisa menghormati privasi klien walaupun klien sudah meninggal.

Infomasi tentang klien hanya bisa dibagikan dengan berbagai pertimbangan untuk kepentingan, kesejahteraan, keselamatan pasien dan kepentingan hukum. (Cherie et al., 2005)

Kode Etik Keperawatan, Prinsip dan Fungsi Kode Etik

1. Kode etik keperawatan

Kode etik keperawatan merupakan bagian dari etik kesehatan yang menerapkan nilai etika terhadap bidang pemeliharaan atau pelayanan kesehatan masyarakat. Kode etik keperawatan di Indonesia telah disusun oleh dewan pimpinan pusat persatuan perawat nasional Indonesia melalui musyawarah Nasional PPNI di Jakarta pada tanggal 29 November 1989. Kode etik keperawatan Indonesia tersebut terdiri dari 4 bab dan 16 pasal. Bab I terdiri dari 4 pasal, menjelaskan tentang tanggung jawab terhadap individu, keluarga dan masyarakat.

2. Prinsip dasar kode etik

Adalah menghargai hak dan marabat manusia. Apabila menghadapi situasi yang melibatkan keputusan yang bersifat etis dan moralitas, perawat hendaknya bertanya pada diri sendiri.

- a. Bagaimana pengaruh tindakan saya pada klien?
- b. Bagaimana pengaruh tindakan saya terhadap tim kerja?
- c. Bagaimana pengaruh tindakan saya terhadap tim diri sendiri?
- d. Bagaimana pengaruh tindakan saya terhadap profesi?

3. Fungsi kode etik

Fungsi kode etik dalam sistem pelayanan kesehatan dan dalam praktik keperawatan menurut (Kozier et al., n.d.) , antara lain

- a. Etika berhubungan dengan standar profesi untuk melindungi perawat dan klien.

- b. Kode etik sebagai alat untuk menyusun standar praktek profesional, memperbaiki dan memelihara standar tersebut.
- c. Merupakan pedoman dalam melaksanakan tindakan dan harus diterima sebagai nilai pribadi bagi anggota profesional
- d. Memberi kerangka berpikir pada anggota profesi untuk membuat keputusan.

Sedangkan menurut Hipocrates, bahwa kode etik berfungsi sebagai:

- a. Menghindari ketegangan antar manusia.
- b. Memperbaiki status kepribadian.
- c. Menopang pertumbuhan dan perkembangan pribadi.

Kode etik keperawatan sebagai kerangka pikir untuk mengambil keputusan dan tanggung jawab kepada masyarakat, anggota tim kesehatan lain dan profesi. (ANA, 1976)

- 4. Perilaku personal perawat yang berkaitan dengan kode etik
 - a. Perawat melaksanakan pelayanan dengan menghargai derajat manusia, tidak membedakan kebangsaan.
 - b. Perawat melindungi hak klien melibatkan dirinya terhadap hal yang relevan dengan asuhan keperawatan.
 - c. Perawat mempertahankan kompetensinya dalam praktek keperawatan, mengenal dan menerima tanggung jawab untuk kegiatan dan keputusan yang diambil.
 - d. Perawat mempertimbangkan orang lain dengan kriteria tertentu apabila akan mendelegasikan tugas/menunjuk seseorang untuk melakukan kegiatan keperawatan.

- e. Perawat melindungi klien bila keperawatannya dan keselamatannya diganggu oleh orang yang tidak berwenang, tidak etis dan illegal.
 - f. Perawat berpartisipasi dalam kegiatan riset bila hak individu menjadi subjek dilindungi.
 - g. Perawat berpartisipasi dalam usaha-usaha profesi untuk meningkatkan standar praktek dan pendidikan keperawatan.
 - h. Perawat bertindak melalui organisasi profesi, berperan serta dalam mengadakan dan mempertahankan kondisi pekerjaan yang memungkinkan kualitas askep yang tinggi.
 - i. Perawat bekerjasama dengan anggota profesi kesehatan dan orang-orang lain dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat.
 - j. Perawat menolak tawaran untuk subjek advertensi atau promosi komersial.
5. Tanggung jawab berhubungan dengan kode etik
- a. Tanggung jawab terhadap tugas berupaya promotif dan rehabilitatif.
 - b. Tanggung jawab terhadap orang lain yaitu menghargai anggota masyarakat.
 - c. Tanggung jawab terhadap masyarakat yaitu sebagai anggota masyarakat.
 - d. Tanggung jawab terhadap profesi yaitu selalu mengembangkan profesi.
6. Tanggung jawab profesi
- Respon terhadap hak klien:
- a. Kewajiban terhadap kode etik.
Ada hubungannya dengan prinsip moral universal, perbuatan berdasarkan prinsip moral.
Ada hubungannya dengan persyaratan legal praktek profesional, aturan dalam kode etik dan tanggung jawab moral.

b. Kejujuran (*veracity*)

Bagaimana dengan informasi yang jujur akan menimbulkan kecemasan pada klien

Nilai dalam Keperawatan

Perangkat nilai adalah sekelompok kecil nilai yang di anut oleh individu dan mengatur perangkat nilai mulai dari yang terpenting hingga paling tidak penting yang pada akhirnya membentuk system nilai. System nilai merupakan dasar jalan hidup yang memberikan arahan, membentuk dasar perilaku, terutama perilaku yang didasarkan pada keputusan atau pilihan. Nilai terdiri atas keyakinan dan sikap yang memiliki keterkaitan tetapi tidak memiliki kesamaan. Keyakinan adalah intepretasi atau kesimpulan yang dianggap benar oleh individu. Sedangkan sikap adalah posisi mental atau perasaan terhadap seseorang, objek, atau ide. Nilai professional didapat melalui sosialisasi dengan dunia keperawatan berdasarkan kode etik, pengalaman, keperawatan, pembimbing, dan rekan sejawat.

Klarifikasi nilai adalah proses yang dilakukan individu dalam mengidentifikasi, mengkaji, dan mengembangkan nilai diri mereka, dan prinsip dari klarifikasi nilai adalah tidak ada satupun perangkat nilai yang dianggap benar bagi semua orang. Klarifikasi nilai meningkatkan pertumbuhan pribadi dengan membantu pengembangan kesadaran, empati, dan daya tilik diri, sehingga perawat penting mengambil langkah ini.

Perawat dan mahasiswa keperawatan harus mengkaji nilai yang mereka anut tentang kehidupan, kematian, kesehatan dan penyakit. Hak ini sebaga satu strategi untuk memperoleh pemahaman mengenai nilai pribadi yaitu mempertimbangkan sikap seseorang terhadap isu khusus.

Paradigma Keperawatan Komunitas

1. Pengertian Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma adalah pandangan yang mengarah pada topik atau penilaian terhadap hasil penelitian,

bagaimana penelitian itu dilakukan dan bagaimana teori-teori yang ada di dalamnya. Paradigma tidak dapat diuji langsung melalui sebuah riset. (Jackson, 2015)

Paradigma keperawatan adalah pandangan dasar tentang hakikat manusia dan esensi keperawatan dalam kerangka dasar praktik keperawatan. Pandangan ini sangat berkaitan erat dengan konsep keperawatan komunitas yang memberikan pelayanan kepada individu atau kelompok yang bersifat holistic atau menyeluruh. Manusia adalah pusat dari setiap upaya pembangunan kesehatan yang menjunjung tinggi nilai kemanusiaan. Paradigma keperawatan komunitas terdiri dari empat komponen yaitu manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan. (Mubarak I & Chayatin, 2013)

2. Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma sehat adalah cara pandang atau pola pikir seseorang tentang kesehatan yang bersifat holistic, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak factor secara dinamis dan lintas sektoral, yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penyakit agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan yang sakit. (Budiono, 2016)

a. Manusia

Manusia adalah komponen paradigma keperawatan yang menjadi salah satu focus utama pelayanan keperawatan. Manusia merupakan makhluk biopsikososial dan spiritual yang memiliki keunikan dan memiliki kebutuhan berdasarkan usia perkembangan.

Perawat harus mampu melakukan pendekatan kepada klien, hal ini dilakukan agar bisa sepenuhnya menjawab keadaan klien pada saat itu. Lima hal yang bisa mempengaruhi manusia adalah manusia sebagai:

1) Makhluk Biologis

Manusia memiliki fungsi dan siklus yang sama mulai dari manusia dilahirkan, tumbuh dan berkembang sampai pada manusia itu mati. Manusia terbentuk dari berbagai organ, jadi apabila ada organ yang terganggu maka akan mempengaruhi proses tumbuh kembang dari manusia itu sendiri.

2) Makhluk Psikologis

Manusia merupakan satu kesatuan yang utuh dan memiliki sifat dan kepribadian yang berbeda-beda. Setiap manusia memiliki cara sendiri untuk merespon keadaan yang mereka hadapi.

3) Makhluk Sosial

Manusia merupakan makhluk social yang tidak dapat hidup tanpa orang lain, lingkungan social memberikan pengaruh terbesar terhadap kehidupan social manusia. Manusia harus mampu beradaptasi untuk melangsungkan kehidupan.

4) Makhluk Kultural

Manusia memiliki budaya dan kultur yang berbeda-beda, sehingga ada karakter manusia yang di bentuk karena budaya yang ada dan mereka akui.

5) Makhluk Spiritual

Manusia memiliki kepercayaan dan keyakinan yang berbeda, oleh karena itu manusia tidak terlepas dari kecerdasan spiritual

6) Sehat

Sehat adalah keadaan seluruh badan serta bagian-bagiannya bebas dari sakit. (KBBI, 2016)

Undang-undang No. 23 Tahun 1992, yang dimaksud dengan sehat ialah keadaan

sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memnungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. (Undang Undang RI, 1992)

Sehat adalah keadaan sejahtera, sempurna dari fisik, mental, dan sosial yang tidak terbatas hanya pada bebas dari penyakit atau kelemahan saja. (World Health Organization, 2015)

Secara umum sehat didefinisikan sebagai suatu keadaan yang dinamis dimana individu dapat menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkunag internal (psikologis, spiritual dan penyakit) dan eksternal (lingkungan fisik, social dan ekonomi) dalam mempertahankan kesehatannya. (Budiono, 2016)

7) Sakit

Seseorang dikatakan sakit apabila ia menderita penyakit menahun (kronis), atau gangguan kesehatan lain yang menyebabkan aktivitas kerja/kegiatannya terganggu. Walaupun seseorang sakit (istilah sehari-hari) seperti masuk angin, pilek, tetapi bila ia tidak terganggu untuk melaksanakan kegiatannya maka ia dianggap tidak sakit.

Perilaku sakit, yaitu cara seseorang memantau tubuhnya mendefinisikan dan menginterpretasikan gejala yang dialami, melakukan upaya penyembuhan, dan penggunaan sistem pelayanan Kesehatan.

Seseorang dikatakan sakit jika ia percaya bahwa ada kelainan dalam tubuhnya yakni merasa dirinya tidak sehatatau merasa timbulnya berbagai gejala merasa adanya bahaya. Gejala secara fisik yakni ada rasa nyeri dan panas tinggi, sedangkan secara

kognitif ada interpretasi terhadap gejala.
(Budiono, 2016)

3. Lingkungan

Komponen paradigma keperawatan yang memiliki implikasi sangat luas bagi kelangsungan hidup manusia khususnya status Kesehatan adalah lingkungan. Lingkungan internal dan eksternal sangat berpengaruh pada individu, kelompok dan masyarakat. Lingkungan dapat berupa lingkungan biologis, psikologis, social, kultural, spiritual, iklim, politik dan ekonomi. Jika salah satu dari poin ini bermasalah, maka dapat mempengaruhi Kesehatan seseorang. (Mubarak I & Chayatin, 2013)

4. Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah bentuk pelayanan Kesehatan professional yang menjadi bagian integral dari pelayanan Kesehatan. bentuk pelayanan keperawatan bersifat bio-psiko-sosial-spiritual yang bersifat komprehensif kepada individu atau masyarakat mencakup seluruh proses kehidupan manusia baik yang sehat maupun sakit.

Klien sebagai sasaran praktik keperawatan dapat dibedakan menjadi individu sebagai klien, keluarga sebagai klien dan masyarakat sebagai klien.

1. Individu Sebagai Klien

Individu memiliki keunikan masing-masing sebagai kesatuan yang utuh dari berbagai aspek. Pada dasarnya yang dilakukan perawat pada individu adalah menerapkan asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan dasar dari individu tersebut.

2. Keluarga Sebagai Klien

Keluarga adalah sekelompok individu yang memiliki hubungan yang erat secara terus menerus baik perorangan maupun bersama-sama di lingkungan tempat mereka tinggal. Keluarga dalam fungsinya mempengaruhi dan lingkup kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologis, rasa aman dan

nyaman, dicintai dan mencintai, harga diri dan aktualisasi diri.

3. Beberapa alasan yang menyebabkan keluarga merupakan salah satu fokus pelayanan keperawatan yaitu:
 - a. Keluarga adalah unit utama dalam masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat.
 - b. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, memperbaiki ataupun mengabaikan masalah kesehatan didalam kelompoknya sendiri.
 - c. Masalah kesehatan didalam keluarga saling berkaitan. Penyakit yang diderita salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi se
 - d. luruh anggota keluarga tersebut.
4. Masyarakat Sebagai Klien

adanya interaksi antar warga yang satu dan warga yang lainnya adalah ciri-ciri dari masyarakat yang didalamnya, diatur oleh adat istiadat, norma, hukum dan peraturan yang khas dan memiliki identitas yang kuat mengikat semua warga.

Daftar Pustaka

- ANA. (1976). Kode Etik Keperawatan. EGC.
- Budiono. (2016). Konsep Dasar Keperawatan. In Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan.
- Cherie, A., Mekonen, A., & Shimelse, T. (2005). Introduction to Professional Nursing and Ethics. Addis Ababa University, In ..., 1-157. http://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture_notes/nursing_students/ln_intro_prof_nsg_final.pdf
- Jackson, J. (2015). Nursing Paradaigms and Theories: A Primer.
- KBBI. (2016). Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). KBBI. <https://kbbi.web.id/sehat>
- Kozier, B., Erb, G., Berman, & Snyder2010. (n.d.). Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik. Salemba Medika.
- Mubarak I, W., & Chayatin, N. (2013). Ilmu Keperawatan Komunitas “Pengantar dan Teori.” Salemba Medika.
- Pope, B., Hough, M. C., & Chase, S. (2016). Ethics in community nursing. *Online Journal of Health Ethics*, 12(2). <https://doi.org/10.18785/ojhe.1202.03>
- Undang Undang RI. (1992). Undang Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang: Kesehatan Oleh. 23. <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=f5ef78b0-a93a-4c20-b2b0-f51f232e735f@sessionmgr113&vid=0&hid=103&bdat a=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU=#db=edsrca&AN=rcaap.doctoralthesis.1822.22919>
- World Health Organization. (2015). World Health Statistics 2015. In *Biomass Chem Eng* (Vol. 49, Issues 23-6). WHO Library Cataloguin. <http://www.ti.com/lit/ds/symlink/cc2538.html>

Profil Penulis



Kornelia Romana Iwa

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2006 hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Fani Mitra Karya Makassar pada tahun 2006. Ns. Kornelia Romaa Iwa, M.Kep lahir di Manggarai Provinsi NTT tepatnya di Mbaumuku, 29 April 1987. Penulis merupakan lulusan Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Fani Mitra Karya Makassar pada tahun 2011 dan kemudian melanjutkan Pendidikan S2 di Universitas Diponegoro pada tahun 2015 dan lulus pada tahun 2017. Sejak tahun 2017 penulis menjadi Dosen di Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Santu Paulus Ruteng hingga saat ini. Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Komunitas, Tri Darma mata kuliah yang dibawahkan penulis Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, , dan Keperawatan Dasar II.

Email Penulis: iwakornelia@gmail.com

KONSEPTUAL MODEL KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN PROMOSI KESEHATAN

Any Zahrotul Widniah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

STIKES Intan Martapura

Konsep Model Keperawatan Komunitas

Model konsep dalam keperawatan komunitas menitik beratkan perhatian pada lingkungan sekitar meliputi lingkungan fisik, biologis, psikologis, psikologis, social dan budaya, serta spiritual, menyakut kesehatan masyarakat yang menekankan pada tindakan prefentif, promotif dan rehabilitative dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan yang terdapat di masyarakat.

Terdapat berbagai model konsep keperawatan komunitas yang bisa digunakan sebagai acuan dalam praktik keperawatan komunitas, antara lain:

1. Model Konseptual Keperawatan Sistem Menurut Imogene M.King (1971)

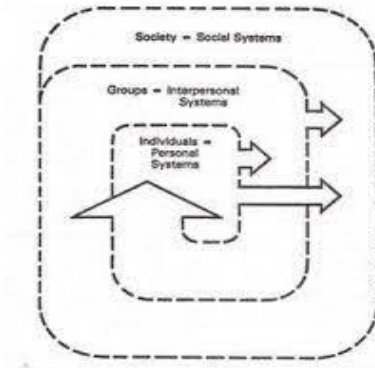
King berpendapat bahwa keperawatan merupakan suatu bagian dari proses aksi, reasi dan interaksi antara perawat dengan klien sebagai bentuk dari berbagi informasi persepsi dalam melakukan tindakan keperawatan (Alligood, 2017).

Manusia merupakan individu yang reaktif yang dapat bereaksi terhadap situasi, orang, dan objek tertentu yang tidak bisa lepas terhadap masala lalu dan waktu sekarang. Sebagai makhluk social yang hidup saling

mebutuhkan dan berinteraksi antara individu satu dengan yang lainnya sehingga rentan terhadap munculnya suatu stressor (Mubarak and Chayatin, 2009).

Permasalahan timbul akibat adanya stressor yang terjadi pada proses penyampaian informasi yang diterima oleh masyarakat atau akibat dari ketidaktahuan sehingga menimbulkan masalah kesehatan dan masalah dalam memodifikasi lingkungan sehingga memerlukan tindakan dalam keperawatan.

King mengemukakan bahwa komunitas merupakan suatu sistem yang terdiri atas subsistem keluarga dan suprasistemnya yaitu sistem social yang lebih luas, dan sistem yang terbuka sehingga menimbulkan timbal balik karena adanya interaksi, inteleransi, dan interdepepdensi antara individu. Adanya gangguan atau stressor pada salah satu subsistem akan mempengaruhi komunitas. Sebagai contoh adalah ketika terjadi permasalahan pada subsistem pendidikan, akibatnya masyarakat akan kesulitan dalam memperoleh suatu informasi, sehingga mengakibatkan kurangnya pengetahuan masyarakat tersebut tentang pendidikan kesehatan atau terhadap suatu penyakit dan cara perawatannya, untuk mengatasi masalah tersebut diperlukan intervensi dalam keperawatan. Permasalah yang terjadi diketahui setelah melakukan pengkajian, pengkajian dilakukan dengan melakukan pendekatan pada komunitas dan keluarga, karena keluarga merupakan bagian dari subsistem dari komunitas. Sehingga permasalahan dapat terpecahkan melalui intervensi yang dilakukan baik ke komunitas maupun ke keluarga sebagai unit pelayanan dasar dalam komunitas (Mubarak and Chayatin, 2009).



Gambar. 11.1 Model Koseptua King (Alligood, 2017)

King menunjukkan suatu sistem konseptual dengan menggunakan suatu pendekatan dan interkasi yang kosntan dalam mempelajari sistem secara keseluruhan dengan lingkungan, sehingga King mengemukakan dalam konsep interaksi (Alligood, 2017). Pencapaian hubungan interaksi konsep kerjanya yang meliputi adanya sistem personal meliputi persepsi dirinya, pertumbuhan dan perkembangan *body image*, jarak dan waktu, sistem interpersonal yaitu mengenai interaksi manusi, masyarakat, transaksi, peran dan stress, dan sistem social yaitu meliputi organisasi, ototritas, kekuatan, status &pembuatan keputusan.

2. Model Konseptual Keperawatan *Health Care System* (Betty Neuman, 1972)

Neuman membangun model sistem berlandaskan pada teori sistem yang menjelaskan sifat dari organisme hidup sebagai suatu sistem yang terbuka. Konsep utama pada model keperawatan ini menggunakan pendekatan *holistic*, sistem yang terbuka meliputi input, output, umpan balik, *negontraphy and stabilitas*, lingkungan, sistem klien yang meliputi lima variable, struktur dasar, garis pertahanan yang fleksibel, kesehatan, stressor, tingkat reaksi, pencegahan sebagai intervensi dan pemulihan (rekontruksi) (Alligood, 2017).

Penggambaran model konsep ini ditunjukkan kepada penekanan penurunan stres dengan cara memperkuat pertahanan diri, dengan bersifat fleksibel, normal, maupun resistan dengan sasaran pelayanan adalah komunitas. Model keperawatan menurut Neuman menganalisis interaksi dari empat variable yang berhubungan dengan keperawatan komunitas, yaitu:

- a. Aspek fisik atau fisiologis
- b. Aspek psikologis
- c. Aspek Sosial dan kultural
- d. Aspek spiritual

(Wahit Iqbal Mubarak and Chayatin, 2009).

Model teori keperawatan ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan yang diberikan pada individu lebih memfokuskan pada satu kesatuan yang utuh, dengan menciptakan stabilitas pasien dan keluarga dalam lingkungan yang dinamis. Konsep utama yang kemukakan oleh Neuman ini yang terkait dalam keperawatan komunitas yaitu sebagai berikut:

- a. Manusia

Manusia sebagai klien dengan sistem terbuka dan dalam interaksi yang dinamis dan harmonis sehingga menciptakan hubungan yang fisiologis, psikologis, social budaya, tumbuh kembang dan faktor spiritual dengan lingkungannya (Neuman and Fawcett, 2011).

- b. Lingkungan

Lingkungan sebagai keseluruhan faktor internal dan eksternal yang mengelilingi dan mempengaruhi terhadap sistem tersebut. Neuman membagi lingkungan menjadi tiga yaitu: lingkungan internal meliputi lingkungan yang berada di dalam diri seseorang yang berhubungan dengan lingkungan di sekitarnya, eksternal dan bentukan.

c. Sehat

Merupakan kondisi dari keadaan bebas dari gangguan pemenuhan kebutuhan. Kesehatan menurut Neuman merukan keadaan sejahtera optimal atau stabilitas mengindikasikan bahwa seluruh kebutuhan biopsiko, sosio, kultural, dan spiritual telah terpenuhi, pada tiga garis pertahanan. Kondisi sehat dapat diklasifikasi dalam tahapan-tahapan berikut:

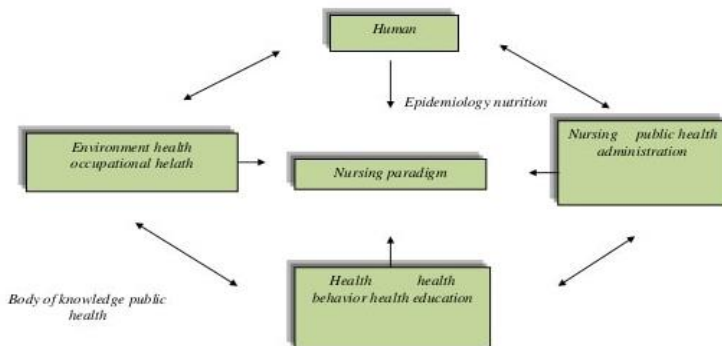
- 1) *Normally well*, yaitu kondisi seseorang atau individu sehat secara psikologis, medis dan social
- 2) *Pessimistic*, yaitu kondisi individu mampu bersikap atau berpandangan tidak mengandung harapan baik seperti khawatir sakit, ragu akan kesehatannya, dan lain-lain
- 3) *Socially ill*, yaitu secara psikologis dan medis baik, tetapi kurang mampu secara social dengan masyarakat.
- 4) *Hypochondriacal*, yaitu suatu keadaan sedih tanpa alasan
- 5) *Medically ill*, yaitu rasa sakit karena suatu penyakit medis dan dapat diperiksa dan diukur
- 6) *Martyr*, yaitu orang yang merelakan diri untuk menderita atau meninggal demi mempertahankan kebenaran yang diyakininya.
- 7) *Optimistic*, yaitu suatu keadaan dimana seseorang memiliki keyakinan akan kesembuhan terhadap penyakit yang sedang diderita.
- 8) *Seriously ill*, yaitu kondisi dimana individu benar-benar merasa sakit, baik secara psikologid, medis dan social.

(Mubarak and Chayatin, 2009).

Untuk memepertahankan keseimbangan tersebut maka perlu dilakukan intervensi yang bertujuan untuk mengatasi, memeperoleh atau memeliara stabilitas sistem. Neuman (2011) mengidentifikasintiga tingkatan dari intervensi yaitu:

- a. Pencegahan primer, suatu tindakan keperawatan yang digunakan untuk mengidentifikasi adanya stressor dan untuk mengurangi kemungkinan reaksi yang akan terjadi.
- b. Pencegahan primer, suatu tindakan keperawatan yang diberikan setelah munculnya gejala akibat dari gejala penyakit serta reaksi tubuh karena adanya stressor yang dialami.
- c. Pencegahan tersier, yang diberikan setelah tindakan aktif atau pencegahan sekunder, meliputi pengobatan secara rutin dan teratur, serta pencegahan terhadap adanya kerusakan akibat dari suatu penyakit.

Berdasarkan uraian diatas, konsep model keperawatan komunitas dari Neuman berfokus pada penurunan stress dengan memperkuat garis pertahanan diri dan tindakan keperawatan atau intervensi lebih mengarah pada ketiga garis bertahan tersebut yang terikat dengan tiga level prevensi (Mubarak and Chayatin, 2009).



Gambar. 11.2 Model Konseptual Keperawatan Komunitas menurut Neuman (Mubarak and Chayatin, 2009)

3. Model Konseptual Keperawatan Adaptasi menurut Sister Calista Roy (1976)

Model keperawatan adaptasi Roy merupakan model teori yang diturunkan dari teori sebelumnya. Model konseptual adaptasi merupakan cara individu dalam meningkatkan kesehatan dengan mempertahankan perilaku yang adaptif dan mengubah perilaku maladaptif. Manusia merupakan bagian dari sistem adaptif holistic dan selalu beradaptasi dengan lingkungan secara keseluruhan yang menjadi fokus dalam keperawatan (Mubarak and Chayatin, 2009).

Manusia adalah makhluk sosial dimana pasti didalamnya ada hubungan timbal balik sebagai bentuk interaksi yang terjadi terus menerus dengan lingkungannya, saling bertukar informasi, dan saling memberikan dukungan satu samalain untuk dapat bertahan hidup. Manusia dapat berespons secara efektif atau infektif terhadap stimulus lingkungan di sekitar. Terdapat tiga jenis stimulus lingkungan, yaitu:

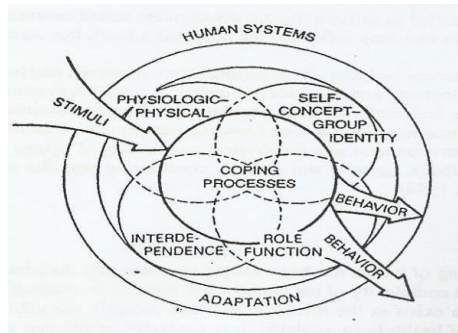
- a. Stimulus fokal, yaitu stimulus yang dapat memicu individu dengan segera memberikan respon adaptif
- b. Stimulus kontekstual, yaitu stimulasi lain yang muncul pada situasi yang dapat berkontribusi positif dan negative pada kekuatan stimulus fokal
- c. Stimulus residual, yaitu stimulus yang memengaruhi stimulus fokal, namun efeknya tidak langsung dirasakan.

(Alligood, 2017)

Aplikasi model konseptual keperawatan menurut Roy yaitu untuk meningkatkan respon adaptif dan mengubah perilaku maladaptif pada komunitas. Melakukan peningkatan kesehatan dengan mempertahankan perilaku adaptif dan melakukan intervensi merupakan upaya pelayanan keperawatan yang dilakukan untuk menekan stressor dan meningkatkan mekanisme adaptasi.

Kunci utama dari model adaptasi Roy, yaitu sebagai berikut (Mubarak and Chayatin, 2009) :

- a. Manusia, sebagai makhluk biologis, psikologis, dan social yang selalu melakukan interaksi terhadap lingkungan disekitarnya.
- b. Manusia sebagai makhluk individu yang bisa melakukan peningkatan kesehatan dengan melakukan perilaku adaptif dan dapat merubah perilaku maladaptif
- c. Menciptakan suasana yang *homeostatis* antara individu dengan lingkungan, yaitu dengan individu melakukan adaptasi dengan lingkungan sesuai dengan perubahan yang terjadi.
- d. Memiliki sistem adaptasi yang terdiri dari empat efektor, yaitu:
 - 1) Fungsi biologis/fisiologis, komponen dari sistem ini terdiri dari kebutuhan akan oksigenisasi, nutrisim eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indra, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis, serta fungsi endokrin.
 - 2) Konsep diri, yaitu bagaimana cara individu untuk dapat mengenal pola-pola interaksi saat berhubungan dengan orang lain.
 - 3) Fungsi peran, yaitu proses penyesuaian sebagai bentuk hubungan dari bagaimana individu dapat berperan untuk mengenal pola-pola interaksi sosial.
 - 4) Interdependen, yaitu kemampuan seseorang untuk dapat mengenal pola-pola kasih sayang dan cinta yang terjadi melalui hubungan secara interpersonal, baik antar individu maupun dengan kelompok.



Gambar 11.3. Representasi diagram tentang sistem adaptasi Roy (Alligood, 2017)

Model konseptual keperawatan adaptasi perawatan adaptasi Roy, menjelaskan bahwa Individu sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual serta sebagai suatu yang melibatkan mekanisme koping didalamnya untuk beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi di lingkungan. Pengkajian yang dilakukan pada model keperawatan ini yaitu: pengkajian perilaku, pengkajian stimulus, diagnosis keperawatan, penetapan tujuan intervensi dan evaluasi (Alligood, 2017). Intervensi akan lebih difokuskan pada pada pengelolaan lingkungan dengan mengubah, meningkatkan, menurunkan, memindahkan atau mempertahankan stimulus di lingkungan tersebut. Sehingga individu akan berespon terhadap kebutuhan fisiologis, kebutuhan akan konsep diri yang positif, kemampuan yang untuk mandiri dan dapan melakukan peran serta fungsinya secara optimal untuk memelihara integritas diri. Karena individu selalu berada dalam rentang sehat sakit yang akan berhubungan dengan koping yang efektif dalam mempertahankan proses adaptasi (Mubarak and Chayatin, 2009).

4. Model Konseptual Keperawatan *Need Based* menurut Virginia Henderson (1966)

Model Konsep keperawatan *need based* atau disebut dengan aktivitas hidup sehari-hari oleh Virginia Handerson ini menggambarkan tugas perawat dalam

mengkaji individu baik sehat maupun sakit dalam melaksanakan aktivitas untuk mendukung kesehatannya, dalam proses penyembuhan bahkan sampai dengan kondisi meninggal, yang dilakukan secara mandiri kerana individu memiliki kemampuan, kemauan, dan pengetahuan.

Model keperawatan menurut Virginia Henderson ini juga menjelaskan tentang fungsi perawat dalam melakukan perawatan yaitu (Mubarak and Chayatin, 2009):

- a. Membantu individu, keluarga, dan masyarakat, baik dalam keadaan sehat maupun sakit untuk menunjang kesehatan dan penyembuhan, agar individu atau pasien dapat menolong dirinya sendiri.
- b. Membantu individu, keluarga dan masyarakat untuk melaksanakan program kesehatan yang disarankan oleh petugas kesehatan.
- c. Perawat sebagai tim kesehatan, berkerjasama dan saling membantu dalam melakukan intervensi dan implementasi program kesehatan secara menyeluruh.

Prinsip-prinsip dasar pada model kosep keperawatan menurut Virginia Henderson, yaitu (Mubarak and Chayatin, 2009):

- a. Pertama, manusia mengalami perkembangan selama rentang kehidupan melalui proses tumbuh kembang.
- b. Kedua, dalam melakukan aktivitas sehari-hari individu mengalami rentang ketergantungan sejak lahir maupun karena suatu sebab atau merupakan sebuah proses pendewasaan, yang dipengaruhi oleh pola asuh, lingkungan di sekitar, atau status kesehatan individu.
- c. Ketiga, dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu dibagi menjadi tiga kondisi, yaitu: belum dapat melaksanakan aktivitas, terlambat dalam

melaksanakan aktivitas, dan tidak dapat melaksanakan aktivitas.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat diketahui komponen-komponen yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Sehingga komponen tersebut dapat dikembangkan untuk melakukan pengkajian keperawatan dan menentukan diagnosis keperawatan, yaitu:

- a. Bernapas secara normal.
- b. Minum dan makan sesuai dengan kebutuhan.
- c. Eliminasi secara normal, baik urin mauppun alvi
- d. Bergerak dan memelihara postur tubuh
- e. Tidur dan istirahat
- f. Membuka dan mengenakan pakaian
- g. Mempertahankan suhu tubuh normal,
- h. Memelihara kebersihan tubuh dan merias
- i. Mencegah kecelakaan dan bahaya
- j. Berkomunikasi
- k. Beribadah
- l. Bermain dan berekreasi
- m. Berkerja untuk memenuhi kebutuhannya
- n. Belajar dan memuaskan keinginan.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa penerapan teori konseptual keperawatan komunitas menurut Virgian Hendorson ini memberi indikasi keehatan masyarakat dapat dilihat dari kemampuan mereka dalam melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari (Mubarak and Chayatin, 2009).

Konsep Model Promosi Kesehatan Nola J. Pender

Model konseptual promosi kesehatan atau yang disebut dengan *Health Promotion Model* (HPM) menggunakan sudut pandang keperawatan yag holistic, psikologi social, dan teori pembelajaran sebagai dasar dalam memberikan

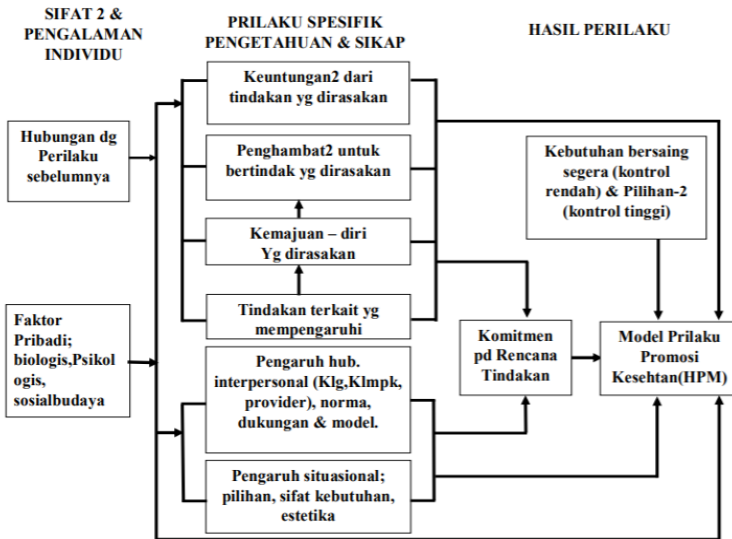
pendidikan kesehatan dan masyarakat dapat menerapkannya sepanjang hidup.

HPM juga menggambarkan berbagai aspek sikap manusia yang berinteraksi dengan lingkungan sekitar agar mereka tetap sehat, dimana HPM memiliki fokus yang berorientasi pada kompetensi atau pada pendekatan. Proses-proses biopsikososial yang kompleks memotivasi individu untuk dapat melkaukan sesuatu yang diarahkan menuju peningkatan kesehatan, yaitu:

1. Perilaku di masa lalu dan karakteristik yang diturunkan dan dapat mempengaruhi kepercayaan dalam berperilaku untuk melaksanakan promosi kesehatan.
2. Adanya komitmen individu untuk tetap melakukan perilaku yang baik dan berpengaruh terhadap dirinya.
3. Persepsi akan halangan bisa mengekak komitmen individu untuk bertindak.
4. Persepsi atau keyakinan diri individu untuk dapat mempertahankan dan meningkatkan perilaku baik yang sudah diyakininya.
5. Semakin besarnya persepsi keyakinan diri berarti semakin sedikit pesepsi akan halangan bagi perilaku positif
6. Afrk yang positif terhadap suatu perilaku berarti semaki besar perspsi pada keyakinan diri, yang kemudian dapat menghasilkan peningkatan afek positif.
7. Ketika afek positif diasosiasikan dengan suatu perilaku kemungkinan adanya komitmen dan tingkatan semakin meningkat.
8. Orang akan cenderung untuk berkomitmen ketika orang yang berpengaruh besar terhadap dirinya memberikan contoh untuk berperilak yang benar.
9. Keluarga, teman sebaya, dan penyedia pelayanan kesehata merupakan sumber yang bisa mempengaruhi komitmen terhadap perubahan perilaku.

10. Pengaruh situasional dari lingkungan luar dapat meningkatkan dan mengurangi komitmen terhadap partisipasi dalam perilaku promosi kesehatan.
11. Semakin besar komitmen terhadap sebuah rencana tindakan yang spesifik, maka semakin besar kecenderungan untuk mempertahankan komitmen perilaku.
12. Komitmen terhadap rencana tindakan memiliki kecenderungan yang lebih kecil untuk terwujud menjadi perilaku yang diharapkan saat munculnya tuntutan saingan yang orang tersebut memiliki sedikit kendali terhadap tuntutan tersebut.
13. Komitmen terhadap rencana tindakan memiliki kecenderungan yang lebih kecil untuk terwujud menjadi perilaku yang diharapkan jika tindakan lain lebih atraktif sehingga lebih dipilih daripada perilaku yang ditargetkan.
14. Orang-orang dapat memodifikasi kognisi, afek, dan lingkungan fisik dan interpersonal untuk menciptakan insentif bagi tindakan-tindakan kesehatan yang dilakukan.

(Alligood, 2017)



Gambar. 11.4 Revisi Model Promosi Kesehatan Nola J.Pender (Phillips and Flesner, 2013)

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2017) *Pakar Teori Keperawatan; Vol. 1 & 2*. Edited by A. Y. S. Hamid. Elsevier Applied Science Publisher.
- Mubarak, Wahit Iqbal and Chayatin, N. (2009) 'Ilmu keperawatan komunitas pengantar dan teori', *Jakarta: Salemba Medika*.
- Mubarak, Wahid Iqbal and Chayatin, N. (2009) 'Ilmu kesehatan masyarakat: teori dan aplikasi', *Jakarta: Salemba Medika*, 393.
- Neuman, B. M. and Fawcett, J. (2011) 'The Neuman systems model'.
- Phillips, L. J. and Flesner, M. (2013) 'Perspectives and experiences related to physical activity of elders in long-term-care settings', *Journal of Aging and Physical Activity*, 21(1), pp. 33–50. doi: 10.1123/japa.21.1.33.

Profil Penulis



Any Zahrotul Widniah

Penulis lahir di Kotabaru, pada tanggal 27 Januari 1991. Merupakan anak ke-2 dari tiga bersaudara. Penulis lulus di Diploma Tiga Keperawatan Intan Martapura pada tahun 2012, lulus S1 dan profesi di Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat pada tahun 2017, dan lulus S2 di program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga pada tahun 2019. Saat ini penulis sebagai dosen tetap di Program Studi Diploma Tiga Keperawatan STIKES Intan Martapura. Penulis menyadari masih banyak kekurangan dan keterbatasan dalam penulisan buku ini karena ini merupakan karya kedua dalam penulisan buku. Penulis juga melakukan beberapa penelitian di bidang keperawatan, dan aktif dalam pengabdian masyarakat. Kegiatan penulisan buku, penelitian dan pengabdian masyarakat yang di lakukan merupakan langkah pertama penulis untuk menjadi seorang dosen professional. Besar harapan penulis agar buku ini dapat bermanfaat bagi teman sejawat perawat maupun mahasiswa(i) dalam melakukan asuhan keperawatan atau sebagai bahan tambahan sebagai referensi dalam melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat.

Email Penulis: anyzahrotul91@gmail.com

PERAN DAN FUNGSI PERAWAT DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS

Ns. Claudia Fariday Dewi, M.Kep

Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng

Peran Perawat Komunitas

Beberapa peran dan tanggung jawab utama perawat kesehatan komunitas adalah sebagai berikut:

1. Caregiver

Peran perawat kesehatan komunitas yang paling dikenal adalah sebagai klinisi atau pemberi perawatan. Penyediaan asuhan keperawatan, bagaimanapun, mengambil arti baru dalam konteks praktek kesehatan masyarakat. Peran klinisi dalam kesehatan komunitas berarti bahwa perawat memastikan pelayanan kesehatan diberikan tidak hanya kepada individu dan keluarga, tetapi juga kepada kelompok dan populasi. Pelayanan keperawatan masih dirancang untuk kebutuhan khusus klien, namun ketika klien tersebut terdiri dari suatu kelompok atau populasi, praktik klinis mengambil bentuk yang berbeda. Tiga penekanan klinisi berupa: holisme, promosi kesehatan, dan perluasan keterampilan.

a. Holisme (Holistik Care)

Dalam kesehatan masyarakat, bagaimanapun, pendekatan holistik berarti mempertimbangkan berbagai kebutuhan berinteraksi yang mempengaruhi kesehatan kolektif "klien" sebagai sistem yang lebih besar (Dossey, Keegan, & Guzzetta, 2005). Asuhan keperawatan holistik meliputi perawatan klien secara komprehensif dan total di semua bidang, seperti fisik, emosional, sosial, spiritual, dan ekonomi. Semua dipertimbangkan dan diperhatikan ketika klien adalah sistem yang besar, sebagaimana seharusnya dengan klien individu. Klien adalah gabungan dari orang-orang yang hubungan dan interaksinya satu sama lain harus diperhatikan secara totalitas. Praktik holistik harus muncul dari perspektif sistem ini.

b. Promosi Kesehatan

Perawat kesehatan komunitas memberikan layanan di seluruh komponen kesehatan, tetapi penekanan utamanya adalah promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Layanan yang efektif termasuk mencari klien yang berisiko terhadap masalah kesehatan dan menawarkan layanan pencegahan dan peningkatan kesehatan, daripada menunggu mereka datang untuk meminta bantuan setelah masalah muncul. Perawat kesehatan komunitas mengidentifikasi orang, program, dan lembaga yang tertarik untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih tinggi, dan bekerja dengan mereka untuk mencapai tujuan itu dan untuk mempertahankan perubahan perilaku yang diharapkan (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2005). Perawat dapat membantu sekelompok orang yang ingin berhenti merokok. Perawat kesehatan komunitas dapat mengadakan seminar dengan kelompok pria tentang peningkatan keterampilan menjadi ayah atau membantu perusahaan dalam mengimplementasikan program promosi

kesehatan. Kelompok dan populasi diidentifikasi kemungkinan adanya kerentanan terhadap ancaman kesehatan tertentu, dan program pencegahan dan peningkatan kesehatan dapat dirancang melalui kerjasama dengan masyarakat (Pender et al., 2005).

c. Perluasan Keterampilan

Banyak keterampilan yang berbeda digunakan dalam peran klinisi kesehatan masyarakat. Pada tahun-tahun awal keperawatan kesehatan masyarakat, penekanan ditempatkan pada keterampilan perawatan fisik. Dengan berjalannya waktu, keterampilan dalam observasi, mendengarkan, komunikasi, dan konseling menjadi bagian integral dari peran klinisi yang berkembang mencakup faktor psikologis dan sosiokultural. Peran dokter dalam keperawatan berbasis populasi juga membutuhkan keterampilan dalam kolaborasi dengan konsumen dan profesional lainnya, penggunaan epidemiologi dan biostatistik, organisasi dan pengembangan komunitas, penelitian, evaluasi program, administrasi, kepemimpinan, dan perubahan yang mempengaruhi (ANA, 2000)

Saat ini, Spesialis Perawat Klinis sangat ingin menggunakan keahlian mereka untuk menginformasikan praktik perawat komunitas. Namun, mereka menemui kesulitan ketika berusaha memperkenalkan perubahan dalam praktik. Meskipun Spesialis Perawat Klinis diakui sebagai perawat komunitas yang memampukan, penerimaan terhadap gagasan Spesialis Perawat Klinis bergantung pada apa yang dilihat perawat komunitas sebagai peran mereka sendiri. Sebagai penasihat, Spesialis Perawat Klinis bergantung pada penggunaan persuasi dan kekuatan perwakilan untuk membawa perubahan yang diinginkan.

2. Advokasi

Masalah hak klien menjadi penting dalam pelayanan kesehatan saat ini. Setiap pasien atau klien berhak mendapatkan perlakuan yang sama dan manusiawi. Perawat kesehatan komunitas adalah pembela hak pasien tentang perawatan mereka. Mereka mendorong individu untuk mengambil makanan yang tepat untuk menjaga kesehatan, obat yang tepat untuk perawatan, dan layanan yang tepat di tempat yang tepat di mana pun dibutuhkan. Perawat kesehatan komunitas memberikan informasi yang cukup untuk membuat keputusan perawatan kesehatan yang diperlukan, meningkatkan kesadaran masyarakat akan masalah kesehatan yang signifikan (Mona, 2015)

a. Tujuan Advokasi

Advokasi klien memiliki dua tujuan mendasar. Salah satunya adalah untuk membantu klien mendapatkan kemandirian atau penentuan nasib sendiri. Advokasi terhadap klien dilakukan sampai mereka dapat meneliti informasi yang dibutuhkan dan mengakses layanan kesehatan dan sosial untuk diri mereka sendiri, perawat kesehatan komunitas bertindak sebagai advokat untuk klien dengan menunjukkan kepada mereka layanan apa yang tersedia, apa yang menjadi hak mereka, dan bagaimana mendapatkannya. Tujuan kedua adalah membuat sistem lebih responsif dan relevan dengan kebutuhan klien. Dengan meminta perhatian pada perawatan yang tidak memadai, tidak dapat diakses, atau tidak adil, perawat kesehatan komunitas dapat membuat adanya perubahan.

b. Tindakan Advokasi

Peran advokat menggabungkan empat tindakan karakteristik: bersikap tegas, mengambil risiko, berkomunikasi dan bernegosiasi dengan baik, dan mengidentifikasi sumber daya dan memperoleh hasil.

Advokasi di tingkat populasi menggabungkan tujuan dan tindakan yang sama. Apakah populasinya adalah para tunawisma, perempuan korban kekerasan, atau pekerja migran, perawat kesehatan komunitas dalam peran advokat berbicara dan bertindak atas nama mereka. Tujuannya tetap sama: untuk mempromosikan penentuan nasib sendiri klien dan untuk membentuk sistem yang lebih responsif. Advokasi untuk kelompok besar, seperti jutaan orang dengan cakupan perawatan kesehatan yang tidak memadai, berarti mengubah kebijakan dan undang-undang nasional (Allender, 2010)

3. Edukator

Diakui secara luas bahwa pengajaran kesehatan adalah bagian dari praktik keperawatan yang baik dan salah satu fungsi utama perawat kesehatan komunitas. Menilai pengetahuan, sikap, nilai, keyakinan, perilaku, praktik, tahap perubahan, dan keterampilan masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan sesuai dengan tingkat pengetahuan.

Pengajaran dalam bidang kesehatan merupakan bagian praktik keperawatan yang diakui secara luas, disahkan melalui tindakan praktik perawat di sejumlah negara bagian dan merupakan salah satu fungsi utama perawat kesehatan komunitas (ANA, 2004; ANA, 2007c).

Peran pendidik sangat berguna dalam mempromosikan kesehatan masyarakat setidaknya karena dua alasan. Pertama, klien komunitas dapat menyerap dan bertindak berdasarkan informasi kesehatan. Misalnya, sekelompok calon orang tua, yang tidak terganggu oleh masalah kesehatan yang signifikan, dapat memahami hubungan diet dengan perkembangan janin. Mereka memahami nilai latihan khusus untuk proses melahirkan, termotivasi untuk belajar, dan lebih mungkin untuk melakukan latihan tersebut. Dengan demikian, peran pendidik memiliki

potensi untuk menemukan penerimaan yang lebih besar dan memberikan hasil yang lebih tinggi.

Kedua, peran pendidik dalam keperawatan kesehatan komunitas penting karena dapat menjangkau khalayak yang lebih luas. Dengan penekanan pada populasi dan agregat, upaya pendidikan keperawatan kesehatan masyarakat tepat sasaran untuk menjangkau banyak orang. Alih-alih membatasi pengajaran pada satu atau kelompok kecil, perawat memiliki kesempatan untuk mengembangkan program pendidikan berdasarkan kebutuhan masyarakat yang mencari dampak masyarakat luas. Promosi antinarkoba di seluruh komunitas, program perbaikan pola makan, dan peningkatan upaya cuci tangan di kalangan anak-anak memberikan model yang berguna untuk implementasi peran pendidik di tingkat populasi dan menunjukkan efektivitasnya dalam menjangkau khalayak luas (Redman, 2007).

Salah satu faktor yang meningkatkan peran pendidik adalah tingkat kesadaran kesehatan masyarakat yang lebih tinggi. Masyarakat menyadari nilai kesehatan dan semakin termotivasi untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih tinggi. Ketika seorang pria paruh baya, misalnya, keluar dari rumah sakit setelah serangan jantung, kemungkinan besar dia akan lebih tertarik daripada sebelum serangan untuk mempelajari cara mencegah kekambuhan terhadap serangan jantung. Dia bisa belajar bagaimana mengurangi stres, mengembangkan program olahraga yang tepat dan bertahap, dan mengubah kebiasaan makannya. Keluarga dengan anak kecil sering kali tertarik untuk mempelajari pertumbuhan dan perkembangan anak; kebanyakan orang tua berkomitmen untuk membesarkan anak-anak yang bahagia dan sehat. Pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi status kesehatan orang dari segala usia (Bastable, 2006; Pender et al., 2005).

4. Manager

Sebagai manajer, perawat menjalankan arahan administratif menuju pencapaian tujuan tertentu dengan menilai kebutuhan klien, merencanakan dan mengorganisir untuk memenuhi kebutuhan tersebut, mengarahkan dan mengendalikan dan mengevaluasi kemajuan untuk memastikan bahwa tujuan terpenuhi.

Proses manajemen, seperti proses keperawatan, menggabungkan serangkaian kegiatan atau fungsi pemecahan masalah: perencanaan, pengorganisasian, memimpin, dan pengendalian dan evaluasi. Kegiatan ini berurutan, namun juga terjadi secara bersamaan untuk mengelola tujuan layanan (Cherry & Jacob, 2005)

a. Perawat sebagai perencana.

Fungsi pertama dalam proses manajemen adalah perencanaan. Seorang perencana menetapkan tujuan dan arah untuk organisasi atau proyek dan menentukan cara untuk mencapainya. Secara khusus, perencanaan mencakup mendefinisikan tujuan dan sasaran, menentukan strategi untuk mencapainya, dan merancang serangkaian kegiatan yang terkoordinasi untuk menerapkan dan mengevaluasinya. Perencanaan mungkin strategis, yang cenderung mencakup tujuan jangka panjang yang lebih luas (Cherry & Jacob, 2005). Perencanaan mungkin bersifat operasional, yang lebih berfokus pada kebutuhan perencanaan jangka pendek. Contoh perencanaan operasional adalah menetapkan tujuan 6 bulan untuk menerapkan sistem komputer baru untuk penyimpanan catatan klien.

b. Perawat sebagai Organisator

Fungsi kedua dari peran manajer adalah sebagai organisator. Ini melibatkan perancangan struktur di mana orang dan tugas berfungsi untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Seorang

manajer harus mengatur hal-hal agar pekerjaan dapat dilakukan. Pengorganisasian meliputi memutuskan tugas yang harus dilakukan, siapa yang akan melakukannya, bagaimana mengelompokkan tugas, siapa melapor kepada siapa, dan di mana keputusan akan dibuat (Cherry & Jacob, 2005).

c. Perawat sebagai pemimpin

Perawat kesehatan komunitas juga harus bertindak sebagai pemimpin. Sebagai seorang pemimpin, perawat mengarahkan, mempengaruhi, atau membujuk orang lain untuk melakukan perubahan yang akan berdampak positif pada kesehatan orang dan menggerakkan mereka menuju suatu tujuan. Fungsi memimpin termasuk membujuk dan memotivasi orang, mengarahkan kegiatan, memastikan komunikasi dua arah yang efektif, menyelesaikan konflik, dan mengkoordinasikan rencana. Koordinasi berarti menyatukan orang dan kegiatan, sehingga mereka berfungsi secara harmonis sambil mengejar tujuan yang diinginkan (Allender, 2010).

d. Perawat sebagai Controller dan Evaluator

Fungsi manajemen yang keempat adalah mengontrol dan mengevaluasi proyek atau program. Pengontrol memantau rencana dan memastikan bahwa rencana itu tetap pada jalurnya. Dalam fungsi ini, perawat kesehatan komunitas harus menyadari bahwa rencana mungkin tidak berjalan sebagaimana mestinya dan mungkin memerlukan penyesuaian atau koreksi untuk mencapai hasil atau tujuan yang diinginkan. Memantau, membandingkan, dan menyesuaikan merupakan bagian pengontrol dari fungsi ini. Pada saat yang sama, perawat harus membandingkan dan menilai kinerja dan hasil terhadap tujuan dan standar yang ditetapkan sebelumnya—suatu proses yang membentuk

aspek evaluator dari fungsi manajemen ini (Allender, 2010)

5. Kolaborator

Perawat kesehatan komunitas tidak dapat bekerja sendiri. Perawat komunitas harus bekerja dengan banyak orang, termasuk klien, perawat lain, dokter, guru, pendidik kesehatan, pekerja sosial, terapis fisik, ahli gizi, terapis okupasi, psikolog, ahli epidemiologi, ahli biostatistik, pengacara, sekretaris, pemerhati lingkungan, perencana kota, dan legislator. Sebagai anggota tim kesehatan, perawat kesehatan komunitas berperan sebagai kolaborator, yang berarti bekerja sama dengan orang lain dalam usaha bersama, bekerja sama sebagai mitra. Praktik kesehatan masyarakat yang berhasil bergantung pada kolegialitas dan kepemimpinan multidisiplin ini (Klinedinst, 2005; Umble et al., 2005). Setiap orang dalam tim memiliki kontribusi penting dan unik dalam upaya perawatan kesehatan. Seperti pada tim bola kejuaraan, semakin baik semua anggota memainkan posisi masing-masing dan bekerja sama dengan anggota lain, semakin besar kemungkinan tim kesehatan menang.

Contoh berikut menunjukkan perawat kesehatan komunitas berfungsi sebagai kolaborator. Tiga keluarga perlu menemukan panti jompo yang baik untuk kakek-nenek mereka yang sudah lanjut usia. Perawat kesehatan komunitas bertemu dengan keluarga, termasuk lansia; membuat daftar fitur yang diinginkan, dan kemudian bekerja dengan seorang pekerja sosial untuk mencari dan mengunjungi beberapa rumah. Masing-masing dokter dari kakek-nenek dihubungi untuk konsultasi medis, dan dalam setiap kasus, anggota lansia membuat seleksi akhir. Dalam situasi lain, perawat komunitas bekerja sama dengan dewan kota, departemen kepolisian, warga di lingkungan tempat tinggal klien. contoh lainnya yaitu seorang perawat sekolah melihat peningkatan insiden penggunaan narkoba di sebuah sekolah. Perawat memulai program konseling setelah perencanaan

bersama dengan siswa, orang tua, guru, psikolog sekolah, dan pusat rehabilitasi narkoba setempat.

6. Leader

Perawat komunitas menjadi semakin aktif dalam peran pemimpin. Sebagai seorang pemimpin, perawat menginstruksikan pengaruh atau membujuk orang lain untuk melakukan perubahan yang secara positif akan mempengaruhi kesehatan masyarakat. Fungsi utama peran kepemimpinan adalah menggunakan perubahan kebijakan kesehatan yang berbasis pada kesehatan masyarakat; dengan demikian, perawat kesehatan komunitas menjadi agen perubahan.

Di tingkat masyarakat, peran kepemimpinan mungkin melibatkan kerja sama dengan tim profesional untuk mengarahkan dan mengoordinasikan program-program seperti promosi untuk menghilangkan kebiasaan merokok di tempat umum atau melobi legislator untuk meningkatkan fasilitas penitipan anak. Ketika perawat memandu pengambilan keputusan kesehatan masyarakat, merangsang minat industri dalam promosi kesehatan, memulai terapi kelompok, mengarahkan program pencegahan, atau mempengaruhi kebijakan kesehatan, mereka mengambil peran kepemimpinan. Misalnya, seorang perawat kesehatan komunitas memulai program rehabilitasi yang mencakup pembangunan harga diri, konseling karir, dan penempatan kerja untuk membantu perempuan di rumah singgah yang baru saja dibebaskan dari penjara.

Perawat komunitas juga memberikan pengaruh melalui perencanaan kesehatan. Kebutuhan akan layanan perawatan kesehatan yang terkoordinasi, dapat diakses, dan hemat biaya menciptakan tantangan dan peluang bagi perawat untuk menjadi lebih terlibat dalam perencanaan kesehatan di semua tingkatan. Perawat kesehatan komunitas perlu menjalankan tanggung jawab kepemimpinan dan menegaskan hak untuk berbagi dalam keputusan kesehatan (Cherry & Jacob, 2005). Seorang perawat

kesehatan komunitas memutuskan bahwa ada kebutuhan untuk program kesehatan mental di distriknya. Perawat berencana untuk menerapkannya melalui agen tempat dia bekerja, tetapi orang-orang tertentu di dewan kesehatan menentang penambahan program baru karena biaya. Pendekatan perawat adalah untuk mengumpulkan data yang cukup untuk menunjukkan kebutuhan program dan efektivitas biaya. Perawat mengundang individu, anggota dewan kunci untuk makan siang untuk meyakinkan mereka tentang kebutuhan tersebut. perawat menyiapkan ringkasan tertulis, grafik, dan bagan, dan pada waktu yang strategis, perawat mempresentasikan kasusnya pada rapat dewan.

7. Researcher

Dalam peran peneliti perawat komunitas terlibat dalam penyelidikan sistematis, pengumpulan, dan analisis data untuk memecahkan masalah dan meningkatkan praktik keperawatan kesehatan masyarakat. Berdasarkan hasil penelitian perawat komunitas meningkatkan kualitas pelayanan dan meningkatkan kesehatan masyarakat (Mona, 2015)

Meskipun penelitian secara teknis melibatkan serangkaian kegiatan kompleks yang dilakukan oleh orang-orang dengan keterampilan yang sangat maju dan terspesialisasi, penelitian juga berarti menerapkan studi teknis tersebut ke dalam situasi praktik nyata. Perawat kesehatan komunitas mendasarkan praktik mereka pada bukti yang ditemukan dalam literatur untuk meningkatkan dan mengubah praktik sesuai kebutuhan. Misalnya, pekerjaan beberapa peneliti selama 15 tahun mendukung nilai kunjungan rumah intensif ke keluarga berisiko tinggi (Olds, 2006). Hasil dari penelitian ini adalah mengubah protokol praktik ke keluarga berisiko tinggi di banyak departemen kesehatan saat ini.

Penelitian adalah proses investigasi di mana semua perawat kesehatan komunitas dapat terlibat dalam

mengajukan pertanyaan dan mencari solusi. Model praktik kolaboratif antara akademisi dan praktisi menggabungkan keahlian metodologi penelitian dengan pengetahuan praktisi tentang masalah untuk membuat penelitian keperawatan kesehatan komunitas valid dan relevan.

Perawat kesehatan komunitas mempraktikkan peran peneliti di beberapa tingkatan. Selain pertanyaan sehari-hari, perawat komunitas sering berpartisipasi dalam studi lembaga dan organisasi untuk menentukan hal-hal seperti kegiatan praktek, prioritas, dan pendidikan perawat komunitas (Grumbach, Miller, Mertz, & Finocchio, 2004). Beberapa perawat komunitas berpartisipasi dalam penelitian yang lebih kompleks secara mandiri atau bekerja sama dengan tenaga kesehatan profesional lainnya (Elliott, Crombie, Irvine, Cantrell, & Taylor, 2004). Peran peneliti, di semua tingkatan, membantu menentukan kebutuhan, mengevaluasi efektivitas asuhan, dan mengembangkan dasar teoretis untuk praktik keperawatan kesehatan komunitas.

Penelitian secara harafiah berarti mencari kembali—menyelidiki, menemukan, dan menginterpretasikan fakta. Semua penelitian dalam kesehatan masyarakat, dari penyelidikan paling sederhana hingga studi epidemiologi yang paling kompleks, menggunakan proses dasar yang sama. Sederhananya, proses penelitian melibatkan langkah-langkah berikut:

- a. mengidentifikasi bidang minat,
- b. menentukan pertanyaan atau pernyataan penelitian,
- c. meninjau literatur,
- d. mengidentifikasi kerangka konseptual,
- e. memilih desain penelitian,
- f. mengumpulkan dan menganalisis data,
- g. menafsirkan hasil, dan
- h. mengkomunikasikan temuan

Investigasi dibangun di atas proses keperawatan, dinamika esensial dari praktik keperawatan kesehatan komunitas menggunakannya sebagai proses pemecahan masalah (Burns & Grove, 2007). Dalam proses keperawatan, perawat mengidentifikasi masalah atau pertanyaan, menyelidiki dengan mengumpulkan dan menganalisis data, menyarankan dan mengevaluasi solusi yang mungkin, dan memilih solusi atau menolak semuanya dan memulai proses investigasi lagi. Dalam arti tertentu, perawat mengumpulkan data untuk perencanaan kesehatan—menyelidiki masalah kesehatan untuk merancang intervensi promosi kesehatan dan pencegahan penyakit untuk populasi komunitas.

Fungsi Perawat Komunitas

1. Fungsi Independen

Fungsi independen perawat memiliki dua dimensi. Satu dimensi berhubungan dengan semua aspek yang melekat dalam diagnosis keperawatan, pengobatan dan perawatan yang merupakan hak prerogatif normal perawat. Dimensi lain berkaitan dengan cara perawat melakukan tugasnya sebagai perawat terdaftar, apakah ini fungsi independen atau interdependen. Apa pun yang perawat lakukan, perawat melakukannya atas tanggung jawab dan pertanggungjawabannya sendiri karena secara hukum perawat bertanggung jawab secara pribadi atas tindakan kelalaian atau perbuatannya (Searle, 1982)

Intervensi apa pun yang dapat diberikan perawat secara mandiri tanpa mendapatkan resep dianggap sebagai intervensi keperawatan mandiri. Contoh intervensi keperawatan mandiri adalah ketika perawat memantau catatan intake/output pasien selama 24 jam untuk tren karena risiko ketidakseimbangan volume cairan. Contoh lain dari intervensi keperawatan mandiri adalah komunikasi terapeutik yang digunakan perawat untuk membantu pasien mengatasi diagnosis medis baru

2. Fungsi dependen

Fungsi ketergantungan perawat didasarkan pada undang-undang yang memberi wewenang pada praktiknya, serta pada hukum umum dan perundang-undangan yang relevan. Saat ini fungsi dependen perawat telah tertuang dalam Undang-undang keperawatan no 38 tahun 2014. Dalam memberikan asuhan keperawatan perawat bertindak sebagai profesional yang bertanggung jawab dan bertanggung jawab atas tindakan dan kelalaiannya sendiri.

Tanpa memperhatikan ketentuan tindakan praktik perawat, akan menjadi pertanggungjawaban secara pidana dan tanpa mematuhi undang-undang terkait kesehatan lainnya dapat menjadi tanggung jawab perdata atau pidana. Hukum adalah sistem aturan yang memberikan ketertiban dalam praktik profesional. Ini adalah hukum, dan hanya hukum, yang mengesahkan tindakan profesionalnya. Perawat dan tindakan perawat bergantung pada hukum untuk setiap aspek peran dan fungsi profesionalnya (Searle, 1982)

Intervensi keperawatan dependen memerlukan resep sebelum dapat dilakukan. Resep adalah perintah, intervensi, pengobatan, atau perawatan yang dipesan atau diarahkan oleh penyedia layanan kesehatan primer yang berwenang. Penyedia layanan kesehatan primer adalah anggota tim perawatan kesehatan (biasanya dokter, perawat praktik lanjutan, atau asisten dokter) yang memiliki lisensi dan wewenang untuk merumuskan resep atas nama klien. Misalnya, pemberian obat adalah intervensi keperawatan yang tergantung. Perawat menggabungkan intervensi dependen ke dalam rencana perawatan pasien secara keseluruhan dengan mengaitkan setiap intervensi dengan diagnosis keperawatan yang sesuai.

3. Fungsi Interdependen

Fungsi interdependen berhubungan dengan hubungan antar perawat dengan pasien dan dengan anggota tim kesehatan lainnya. Khususnya berkaitan

dengan saling ketergantungan antara keperawatan dan kedokteran. Perawat bukanlah pelayan atau bawahan dokter. Perawat adalah praktisi terdaftar, sepenuhnya bertanggung jawab atas tindakan dan kelalaiannya sendiri kepada otoritas pendaftaran, Persatuan Perawat Nasional Indonesia dan dalam arti yang lebih luas, ke pengadilan. Perawat bertindak untuk kepentingan pasiennya dan dengan demikian memiliki tanggung jawab bersama dengan dokter untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan diagnostik dan terapeutik yang ditentukan serta perawatan yang relevan. Dokter dan perawat memiliki tanggung jawab yang saling bergantung dan timbal balik. Keduanya tidak dapat menyediakan semua perawatan kesehatan yang dibutuhkan pasien. Ini adalah upaya bersama serta tim yang lebih luas. Dalam hal ini, elemen yang sangat penting dari koordinasi kegiatan tim dilakukan oleh perawat untuk kepentingan pasien. Interaksi aktivitas antara dokter dan perawat melambangkan saling ketergantungan diantara fungsi mereka (Searle, 1982)

Intervensi keperawatan independen vs dependen

- a. Independen: tidak memerlukan arahan atau perintah dari pelayanan kesehatan lain profesional. Tindakan diatur oleh dewan negara bagian tindakan keperawatan & praktik perawat. Dukung ADL, pendidikan kesehatan, promosi & konseling kesehatan. Lingkungan dapat dikelola oleh perawat; memelihara lingkungan terapeutik yang aman, mempromosikan istirahat, mengurangi kebisingan, menjaga kebersihan, dan mengatur suhu lingkungan.
- b. Dependen: adalah ketika perawat membutuhkan mitra dalam bekerja. Beberapa di antaranya adalah tes darah, intervensi selang nasogastrik, kauterisasi, pemasangan infus, pemberian makan

Daftar Pustaka

- Allender, J. A., & Spradley, B. 2010. *Community Health Nursing: Concept and Practice* (6th ed.). Philadelphia: Lippincot William & Walkins.
- American Nurses Association. (2000). *Public health nursing: A partner for healthy populations*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- American Nurses Association. (2004). *Nursing: Scope and standards of practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing
- American Nurses Association. (2007a). *Home health nursing scope and standards of practice*. Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.
- American Nurses Association/Hospice and Palliative Nurses Association. (2007b). *Hospice and palliative nursing: Scope and standards of practice*. Washington, DC: American Nurses Foundation.
- Bastable, S.B. (2006). *Essentials of patient education*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2007). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (4th ed.). St. Louis: Saunders.
- Cherry, B., & Jacob, S.R. (2005). *Contemporary nursing: Issues, trends, and management* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Dossey, B.M., Keegan L., & Guzzetta, C.E. (2005). *Holistic nursing: A handbook for practice* (4th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers
- Elliott, L., Crombie, I.K., Irvine, L., Cantrell, J., & Taylor, J. (2004). The effectiveness of public health nursing: The problems and solutions in carrying out a review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 117–125.
- Grumbach, K., Miller, J., Mertz, E., & Finocchio, L. (2004). How much public health in public health nursing practice? *Public Health Nursing*, 21, 266–276.

- Klinedinst, N.J. (2005). Effects of a nutrition education program for urban, low-income, older adults: A collaborative program among nurses and nursing students. *Journal of Community Health Nursing*, 22, 93–104.
- Mona, M. (2015, June 12). *Community Health Nursing Roles*. <http://nursingexercise.com/community-health-nursing-overview/>
- Olds, D. (2006). Progress in improving the development of low birth weight newborns. *Pediatrics*, 117, 940–941.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L, & Parsons, M.A. (2005). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Redman, B.K. (2007). *The practice of patient education* (10th ed.). St. Louis: Mosby
- Searle, C. (1982). The dependent, independent and interdependent functions of the nurse practitioner--a legal and ethical perspective. *Curationis*, 5(4), 19–23.
- Umble, K., Steffen, D., Porter, J., Miller, D., Hummer-McLaughlin, K., Lowman, A., et al. (2005). The National Public Health Leadership Institute: Evaluation of a team-based approach to developing collaborative public health leaders. *American Journal of Public Health*, 95, 641–644.

Profil Penulis



Claudia Fariday Dewi

Penulis lahir di kabupaten Manggarai - Flores, pada tanggal 07 Juli 1990. Penulis memiliki ketertarikan terhadap ilmu keperawatan sejak tahun 2008. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Universitas Respati Yogyakarta dengan memilih jurusan pada Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2012. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan magister pada Program Studi Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang dan berhasil menyelesaikan studi S2 pada tahun 2017.

Penulis memulai karir pada tahun 2014 dengan bekerja sebagai tenaga pengajar di Program Studi Keperawatan Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng. Saat ini penulis adalah dosen tetap di Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng.

Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan komunitas. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi yang positif bagi nusa dan bangsa ini.

Email Penulis: claudiafaridaydewi@gmail.com

TREND ISSU, KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA DAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Elmi Nuryati, M.Epid

Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah
Pringsewu

Pengertian Trend dan Issue

1. Pengertian *Trend*

Trend adalah sesuatu yang sedang terjadi dibicarakan oleh banyak orang saat ini dan kejadiannya berdasarkan fakta. Contohnya adalah saat ini Negara di dunia termasuk Indonesia sedang mengalami pandemic covid 19, sehingga upaya pencegahan yang harus dilakukan adalah berkaitan dengan penggunaan protocol kesehatan yang disebut dengan 4 M: mencuci tangan, memakai masker, menjaga jarak dan menjauhi kerumunan. Berita ini saat ini sesuai dengan fakta dan dibahas secara luas dalam pertemuan ilmiah maupun non ilmiah. Baik oleh akademisi maupun oleh masyarakat luas non akademisi

2. Pengertian *Issue*

Issue adalah sesuatu yang sedang dibicarakan oleh banyak orang namun belum jelas fakta atau buktinya. Contohnya adalah penggunaan rempah rempah

dalam penyembuhan dan mencegah covid 19, sehingga banyak berita viral di social media yang mempengaruhi perilaku masyarakat untuk selalu mencoba sesuatu yang baru, termasuk penggunaan minyak kayu putih dapat mencegah gejala covid 19. Berita ini sekarang banyak di bicarakan di masyarakat luas namun belum ada atau belum banyak fakta atau hasil-hasil penelitian yang mendukung informasi tersebut. Hal tersebut dikarenakan minyak kayu putih belum tentu cocok digunakan oleh semua orang, ada beberapa orang yang memiliki alergi terhadap minyak kayu putih. Artinya banyak informasi tersebut masih bersifat personal atau pengalaman pribadi.

3. Dasar Hukum

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan

4. Tindakan Keperawatan Mandiri

Skill dasar yang harus di kuasai perawat homecare ada 23 tindakan keperawatan mandiri (SK DIRJEN DIRJEN YAN MED NO HK. 00.06.5.1.311), diantaranya: Vital sign, Memasang nasogastric tube, Memasang selang susu besar, Memasang cateter, Penggantian tube pernafasan, Merawat luka decukbitus, Suction, Memasang peralatan O2, Penyuntikan (Intra Vena, Intra Muskuler, Intra Cutan, Sub Cutan), Pemasangan infus maupun obat, Pengambilan preparat, Pemberian huknah/laksatif, Kebersihan diri, atihan dalam rangka rehabilitasi medis, Tranpostasi klien untuk pelaksanaan pemeriksaan diagnostic, Pendidikan kesehatan, Konseling kasus terminal, konsultasi/telepon, Fasilitasi ke dokter rujukan, Menyampaikan menu makanan, Membersihkan tempat tidur pasien, Fasilitasi kegiatan sosial pasien, Fasilitasi perbaikan sarana klien.

5. Jenis Kasus Yang Di Rawat

Penyakit jantung, Gangguan musculoskeletal, Penyakit diabetes mellitus, Luka, Penyakit sistem pernafasan, Keracunan, Kanker (jarang), Pasca stroke, Pasca bedah, Kasus terminal.

Konsep Keperawatan Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga dipahami sebagai kelompok primer yang terdiri dari dua atau lebih orang yang mempunyai jaringan interaksi interpersonal, hubungan darah, hubungan perkawinan, dan adopsi. Definisi tersebut menunjukkan bahwa keluarga mensyaratkan adanya hubungan perkawinan, hubungan darah, maupun adopsi sebagai pengikat (Wiratri A, 2018)

2. Fungsi Keluarga

a. Fungsi efektif

Fungsi efektif berkaitan dengan cara keluarga anggota berhubungan satu sama lain dan orang-orang di luar batas-batas keluarga terdekat. Keluarga menyediakan rasa memiliki dan identitas bagi anggotanya. Identitas ini sering terbukti sangat penting sepanjang seluruh siklus hidup.

b. Fungsi sosialisasi

Fungsi utama keluarga adalah untuk membesarkan dan bersosialisasi anak-anaknya untuk menyesuaikan diri dengan masyarakat.

c. Fungsi reproduksi

Adalah fungsi keluarga untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Fungsi reproduksi bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

d. Fungsi ekonomi

Pendapatan keluarga memberikan sebagian besarmekonomi keluarga, tetapi aspek yang sama pentingnya berkaitan dengan interaksi ekonomi dan konsumerisme yang berkaitan dengan konsumsi rumah tangga dan keuangan. Manajemen uang, keputusan perumahan, belanja konsumen, pilihan asuransi, pension perencanaan, dan tabungan adalah beberapa masalah yang mempengaruhi kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan ekonomi dari anggotanya.

e. Fungsi pendidikan

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam memberikan pengetahuan, ketrampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai tingkat perkembangannya.

f. Fungsi Kesehatan keluarga

Fungsi perawatan kesehatan keluarga mencakup banyak aspek kehidupan keluarga. Anggota keluarga memiliki perbedaan ide-ide tentang kesehatan dan penyakit, dan seringkali ide-ide ini tidak dibahas dalam keluarga sampai masalah timbul. Ketersediaan dan biaya asuransi perawatan kesehatan adalah masalah bagi banyak keluarga, tetapi banyak keluarga kurang jelas tentang apa yang tercakup dan tidak tercakup sampai mereka menghadapi masalah. Anggota keluarga menghabiskan jauh lebih banyak waktu mengurus masalah kesehatan keluarga anggota daripada yang dilakukan oleh para professional

3. Tugas keluarga

Tugas keluarga (Kaakinen, Coehlo, Steele, & Robinson, 2018) meliputi:

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga.

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Tugas ini berkaitan erat dengan bagaimana bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, meliputi : pengertian, penyebab dan tanda gejala. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami oleh anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua/keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

b. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Hal ini dilihat dari sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negati keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Tindakan kesehatan yang dilakukan

oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

- c. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Untuk mengetahui bagaimana keluarga dalam menjalankan tugas ini, dapat dilihat dari bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, siat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber – sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

- d. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.

Memodifikasi lingkungan dapat diartikan sebagai kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan (fisik/psikologis) sehingga dapat meningkatkan kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari bagaimana keluarga dapat menjaga hygiene sanitasi, mengatur sedemikian rupa kondisi lingkungan dalam dan luar, memanfaatkan potensi yang ada di sekitar rumah.

- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.

Keluarga dengan keasadarannya sendiri mau menggunakan fasilitas kesehatan saat membutuhkan bantuan medis. Pelaksanaan tugas oleh keluarga dapat dilihat dari sejauhmana keluarga mengetahui mengenai fasilitas kesehatan yang ada disekitar rumah yang dapat diakses, sejauhmana keluarga mengetahui mengenai manfaat apabila melakukan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan, dan apakah keluarga secara aktif memanfaatkan (bila tidak

harus dijelaskan alasannya, misal adakah riwayat keluarga pernah kecewa dengan pelayanan sebelumnya)

Asuhan Keperawatan Keluarga

Contoh asuhan eperawatan keluarga dengan menggunakan SDKI, SIKI, SLKI
Asuhan keperawatan keluarga Tn. D dengan masalah gangguan rasa nyaman

No	Data	SDKI (PPNI, 2017a)	SLKI (PPNI, 2017b)	SIKI (PPNI, 2018)
1	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga Tn. D terutama Ny. A mengatakan nyeri pada tengkuk ➤ Keluarga Tn. D terutama Ny. A mengatakan sulit tidur ➤ Keluarga Tn D terutama Ny. A mengatakan kadang disertai rasa mual dan ingin muntah 	<p>Gangguan rasa nyaman</p>	<p>TUK 1 Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga Tn. D terutama Ny. A mampu mengenal masalah kesehatan Dengan kriteria Hasil :</p> <p>Luaran : Tingkat Pengetahuan (L.12111) yaitu kecukupan informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dengan ekspektasi meningkat dari 2 (cukup menurun) → 3 (sedang)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran 2. Verbalisasi minat dalam belajar 	<p>Keluarga Tn. D mampu mengenal masalah kesehatan Ny. A</p> <p>Intervention: Edukasi Proses Penyakit (1.12444) yaitu memberikan informasi tentang mekanisme munculnya penyakit dan menimbulkan tanda dan gejala yang mengganggu kesehatan tubuh pasien.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit

- Keluarga Tn.D terutama Ny. A megatakan mudah lelah

Data obyektif

- Tampak gelisah
- Menahan nyeri
- Memegangi bagian nyeri

3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik
 - Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit
 - Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit
4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik
 - Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi
 - Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan
5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan
 - Ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan
 - Informasikan kondisi pasien saat ini
6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi
 - Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa
7. Persepsi yang keliru terhadap masalah

Keluarga Tn. D mampu mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan yang dialami Ny. A
8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat

Intervention:
Intervensi: Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan (1.13477)
yaitu memfasilitasi perencanaan penatalaksanaan perawatan kesehatan keluarga.

Observasi

 - Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan

- Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga
- Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
- Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga

Terapeutik

- Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan
- Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga
- Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal

Edukasi

- Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga
- Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
- Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga

TUK 2

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, Keluarga Tn. D terutama Ny.A mampu mengambil keputusan yang tepat terhadap masalah kesehatan Tn. K dengan kriteria hasil:

Luaran: Pemeliharaan Kesehatan (L.12106) yaitu kemampuan mengidentifikasi ,mengelola

Intervention: Manajemen Nyeri (I.08238) yaitu mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan

<p>dan menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan meningkat dari 2 (cukup menurun) menjadi 4 (cukup meningkat) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan perilaku adaptif 2. Menunjukkan pemahaman perilaku sehat 3. Kemampuan menjalankan perilaku sehat 4. Perilaku mencari bantuan 5. Menunjukkan minat 6. meningkatkan perilaku sehat 7. Memiliki sistem pendukung 	<p><i>berintensitas ringan hingga berat dan konstan</i></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi resons nyeri non verbal - Identifikasi factor yang memprberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifkikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - fasilitasi istirahat dan tidur - pertimbangkan jenis dan sumber nyeri <p>Edukasi</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TUK 3

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, Keluarga Tn.D terutama mampu memberikan perawatan pada Ny. A yang mempunyai masalah kesehatan gangguan rasa nyaman.

Luaran: Status Kenyamanan (L.08064) yaitu keseluruhan rasa nyaman dan aman secara fisik, psikologis, spiritual, social, budaya dan lingkungan dengan ekspektasi meningkat. Dengan kriteria hasil status status kenyamanan 2 (cukup menurun) menjadi 4 (cukup membaik)

- jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
 - jelaskan strategi meredakan nyeri
 - anjurkan monitor nyeri secara mandiri
 - anjurkan menggunakan analgesic secara tepat
 - anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
- Kolaborasi
- Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu

Intervensi: Pemantauan Nyeri

(I.08242) yaitu mengumpulkan dan menganalisa data nyeri

Observasi

- Identifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri
- Monitor kualitas nyeri (mis. Terasa tajam, tumpul, diremas-remas, ditimba benda berat)
- Monitor lokasi dan penyebaran nyeri
- Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala

Terapeutik

- Atur interval waktu peantauan sesuai dengan kondisi pasien
- Dokumentasikan hasil pemantauan

1. Kesejahteraan fisik	- Ukur antropometrik komposisi tubuh
2. Kesejahteraan psikologis	(mis. Edukasi
3. Dukungan social dan keluarga	- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
4. Perawatan sesuai dengan keyakinan budaya	- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
5. Perawatan sesuai kebutuhan	Keluarga Tn.D mampu memodifikasi lingkungan untuk meminimalisir masalah kesehatan yang dialami Ny. A
6. Kebebasan melakukan ibadah	Intervensi: Manajemen lingkungan (1.14514) yaitu memfasilitasi dan
7. Rileks	<i>mengelola lingkungan untuk</i>
8. Keluhan tidak nyaman	<i>mendapatkan manfaat</i>
9. Gelisah	<i>terapeutik, stimulasi sensorik, dan</i>
10. Kebisingan	<i>kesejahteraan psikologis.</i>
11. Keluhan sulit tidur	Observasi
12. Keluhan kedinginan	- Identifikasi keamanan dan kenyamanan Terapeutik
13. Keluhan kepanasan	- Atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau
14. Gatal	- Atur suhu lingkungan yang sesuai -
15. Mual	Sediakan ruang berjalan yang cukup dan aman
16. Lelah	- Sediakan tempat tidur dan
17. Merintih	lingkungan yang bersih dan nyaman
18. Menangis	- Sediakan pewangi ruangan, jika perlu
19. Irirabilitas	
20. Menyalahkan diri sendiri	
21. Konfusi	
22. Konsumsi alcohol	

- | | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 23. Penggunaan zat | - Hindari pandangan langsung ke kamar mandi, toilet, atau peralatan untuk eliminasi |
| 24. Percobaan bunuh diri | - Ganti pakaian secara berkala |
| 25. Memori masa lalu | - Hindari paparan langsung dengan cahaya matahari atau cahaya yang tidak perlu |
| 26. Suhu ruangan | - Izinkan membawa benda-benda yang disukai dari rumah |
| 27. Pola eliminasi | - Izinkan keluarga untuk tinggal mendampingi pasien |
| 28. Postur tubuh | - Fasilitasi penggunaan barang-barang pribadi (mis, piyama, jubah, perlengkapan mandi) |
| 29. Kewaspadaan | - Pertahankan konsistensi kunjungan tenaga kesehatan |
| 30. Pola hidup | - Berikan bel atau alat komunikasi untuk memanggil perawat |
| 31. Pola tidur | Edukasi |

TUK 4

Setelah dilakukan keperawatan, keluarga Tn.D mampu memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan Ny.A dengan kriteria hasil kesiapan peningkatan manajemen kesehatan :

Luaran: Perilaku Kesehatan (L.12107) yaitu Kemampuan dalam Mengubah gaya hidup atau perilaku untuk memperbaiki status kesehatan. Perilaku kesehatan meningkat dari 2 (cukup menurun) menjadi 4

- Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman
- Jelaskan cara menghadapi bahaya kebakaran
- Ajarkan pasien dan keluarga/pengunjung tentang upaya pencegahan infeksi

Intervention: Promosi perilaku upaya kesehatan (1.12472) yaitu

<p>(cukup meningkat) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penerimaan terhadap perubahan status kesehatan 2. Kemampuan melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan 3. Kemampuan peningkatan kesehatan 4. Pencapaian pengendalian Kesehatan 	<p><i>meningkatkan perubahan perilaku penderita/ klien agar memiliki kemauan dan kemampuan yang kondusif bagi kesehatan secara menyeluruh baik bagi lingkungan maupun masyarakat sekitarnya.</i></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat ditingkatkan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan lingkungan yang mendukung kesehatan - Orientasi pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan air bersih - Anjurkan mencuci tangan dengan air bersih dan sabun - Anjurkan menggunakan jamban sehat - Anjurkan memberantas jentik di rumah seminggu - Anjurkan makan sayur dan buah setiap hari - Anjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari - Anjurkan tidak merokok di dalam rumah
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Keluarga Tn.D mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk meminimalisir masalah kesehatan yang dialami Ny.A

Intervensi: Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan (1.13477)
yaitu memfasilitasi perencanaan penatalaksanaan perawatan kesehatan keluarga.

Observasi

- Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan
- Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga
- Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
- Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga

Terapeutik

- Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan
- Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga
- Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal

Edukasi

TUK 5

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, Keluarga Tn.D mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan kriteria hasil:

Luaran : Status Kesehatan Keluarga (L.12108) yaitu kondisi kesejahteraan fisik,mental dan sosial keluarga meningkat dari 2 (cukup menurun) menjadi 4

(cukup meningkat) dengan kriteria hasil :

1. Kesehatan fisik anggota keluarga
2. Akses fasilitas kesehatan
3. Skrining kesehatan anggota keluarga sesuai usia
4. Sumber perawatan kesehatan
5. Sumber pelayanan sosial

- Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga
- Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
- Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga

Intervensi: Rujukan Layanan Masyarakat (1.12474) yaitu menyusun penatalaksanaan lebih lanjut layanan kesehatan dan keperawatan kepada sumber pelayanan kesehatan yang lebih lengkap bagi individu, keluarga dan kelompok masyarakat.

Observasi

- Identifikasi sumber-sumber pelayanan kesehatan di masyarakat
- Identifikasi masalah kesehatan individu, keluarga dan kelompok masyarakat

Terapeutik

- Fasilitasi memutuskan pelayanan kesehatan yang dapat dijadikan tujuan rujukan
 - Fasilitasi individu, keluarga dan kelompok mempersiapkan proses rujukan (mis administrasi, informasi/data kesehatan)
-

-
- Berikan Informasi yang akurat kepada institusi layanan yang dituju
 - Fasilitasi proses tindak lanjut di msasyarakat setelah rujukan
 - Lakukan proses dokumentasi secara lengkap
- Edukasi
- Jelaskan tujuan dan prosedur rujukan
-

Daftar Pustaka

- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*: F.A. Davis Company.
- PPNI. (2017a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. (2017b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Wiratri A. (2018). Menilik Ulang Arti Keluarga Pada Masyarakat Indonesia. *Jurnal Kependudukan Indonesia, Vol. 13 No. 1 Juni 2018* Retrieved from file:///C:/Users/Admin/Downloads/Documents/305-1003-1-PB.pdf.

Profil Penulis



Elmi Nuryati, M.Epid, lahir di Banjar manis Tanggamus pada tanggal 15 November 1975. Tahun 1996 penulis menyelesaikan pendidikan D III Keperawatan di STIKes Bani Saleh Bekasi dan setelah lulus bekerja di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi. Kemudian pada tahun 2000 penulis mendapatkan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Epidemiologi pada Universitas Diponegoro Semarang. Ketertarikan menulis dan meneliti di mulai sejak penulis menyelesaikan pendidikan S1.

Untuk memperdalam bidang penelitian maka pada tahun 2010 peneliti melanjutkan pendidikan S2 Epidemiologi di Universitas Indonesia lulus tahun 2012 dan saat ini sedang menyelesaikan Program Doktor (Phd) Keperawatan pada Mahsa University of Malaysia. Karir sebagai dosen dimulai tahun 1998 pada Akper Muhammadiyah Pringsewu, tahun 2008-2019 di Stikes Muhammadiyah Pringsewu dan tahun 2019 sampai dengan sekarang di Universitas Muhammadiyah Pringsewu. Beberapa buku yang telah ditulis adalah Asuhan Keperawatan Keluarga, Teori dan Aplikasi Epidemiologi Kesehatan, Hipertensi pada Wanita, Penulisan Ilmiah. Penulis mengampu mata kuliah keperawatan komunitas dan keluarga sejak tahun 2008 sampai dengan saat ini. Selain mata kuliah tersebut penulis juga mengampu mata kuliah penulisan ilmiah, metodologi penelitian dan biostatistik

Email Penulis: elmighavind@umpri.ac.id

TREN ISU KEPERAWATAN GERONTIK DAN KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

Ns Nurul Faidah, S. Kep., M. Kes

STIKes Wira Medika Bali

Tren Isu Gangguan Kualitas Tidur Lansia

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia baik secara fisik, psikologis dan psikososial berdampak terhadap permasalahan Kesehatan baik secara fisik ataupun mental. Permasalahan secara psikologis atau mental yang menjadi perhatian khusus salah satunya berkaitan dengan kualitas tidur lansia. perubahan yang terjadi pada lansia berpengaruh terhadap kualitas tidur lansia. kualitas tidur yang menurun berdampak terhadap kualitas hidup lansia. Kualitas tidur adalah dimana keadaan tidur seseorang dari mulai tidur sampai dengan proses tidur dan diakhiri dengan bangun tidur yang menghasilkan kesegaran dan kebugaran. Kualitas tidur mencakup dari jumlah jam tidur, durasi tidur, latensi tidur serta gejala secara subyektif. Kualitas tidur adalah bagaimana seseorang bisa mencapai tahap tidur REM dan NREM yang tepat (Khasanah & Hidayati, 2012). Kualitas tidur yang buruk atau menurun akan mempengaruhi aktifitas dan produktifitas, selain itu akan berdampak terhadap masalah psikologis sampai dengan masalah kejiwaan (Numiati Amir, 2007). Penurunan kualitas tidur lansia disebabkan karena perubahan fungsi pada saraf yang menghasilkan neurotransmitter yang mempengaruhi proses pengaturan tidur pada lansia yang berdampak

terhadap penurunan kualitas tidur (Potter & Perry, 2010). Selain itu perubahan pada afungsi yang lain seperti osikologis dan mental lansia yang berdampak terhadap tingkat kecemasan, gelisah, merasa tidak nyaman dan aman yang berpengaruh terhadap kualitas tidur lansia. Jumlah jam tidur pada lansia secara fisiologis rata-rata 6 jam/hari (Yuli Aspiani, 2018).

Parameter Pengukuran Kualitas Tidur

Tolak ukur dalam mengukur kualitas tidur terdiri dari bagaimana seseorang memiliki waktu tidur, kedalaman tidur, frekuensi terbangun, perasaan rileks dan segar setelah bangun tidur, jumlah jam tidur, kepuasan tidur, rasa mengantuk pada saat siang hari dan pada saat beraktifitas merupakan tolak ukur dari kualitas tidur lansia (Widyatuti, 2008). Waktu tidur yaitu bagaimana seseorang merasakan rasa kantuk atau ingin tidur sampai mulai tertidur pada tahap REM. Total jam tidur seseorang sesuai dengan jumlah jam tidur yang di tempuh dalam kehidupannya secara fisiologis pada usia dewasa akhir atau lansia yaitu 6 jam/ hari. Normalnya pada usia dewasa akhir akan terbangun satu sampai dua kali terbangun pada saat malam hari sehingga mempengaruhi kualitas tidur.

Penyebab Gangguan Kualitas Tidur

Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas tidur seperti perubahan yang terjadi pada lansia yaitu faktor fisiologis, psikologis, serta faktor lingkungan yang mempengaruhi kualitas tidur lansia (Potter & Perry, 2010).

1. Perubahan Fisiologi (Masalah Fisik)

Perubahan fisik yang terjadi pada lansia menyebabkan sakit pada tubuh lansia. setiap tubuh yang mengalami penurunan status Kesehatan dapat menyebabkan ketidaknyamanan baik secara fisik ataupun psikologis yang berdampak terhadap ketidaknyamanan hati atau menyebabkan kecemasan yang berdampak terhadap kualitas tidur lansia. Lansia yang memiliki masalah penyakit system

respirasi, kardiovaskular dan sistem pencernaan cenderung mengalami gangguan tidur.

2. Penggunaan Obat-obatan

Lansia yang mengkonsumsi obat-obat tertentu mempengaruhi pemenuhan kebutuhan tidur lansia, seperti obat yang mengandung diuretik serta keterkaitan pemberian obat yang diberikan kepada lansia yang menderita penyakit kronis yang mempengaruhi kualitas tidur lansia.

3. Masalah Psikologis

Masalah psikologis seperti stres emosional, kecemasan menyebabkan seseorang menjadi tidak nyaman, tegang serta gelisah yang akan mempengaruhi proses seseorang untuk memenuhi proses tidurnya. Stres emosional yang terjadi pada lansia disebabkan oleh berbagai hal seperti merasa kesepian karena ditinggal pasangan atau anak, tidak produktif atau tidak dapat menghasilkan uang sehingga akan berdampak terhadap tingkat emosional lansia yang jika tidak diberikan implementasi akan menyebabkan depresi pada lansia. Jika depresi sudah dialami lansia mengakibatkan lansia gelisah sulit memulai tidur, mudah terbangun, perasaan tidur yang buruk dan terbangun lebih awal.

4. Kondisi Lingkungan

Kondisi lingkungan sangat mempengaruhi kualitas tidur lansia. Kondisi lingkungan yang tidak aman dan nyaman menjadi salah satu faktor penyebab menurunnya kualitas tidur lansia. Kondisi lingkungan bising, suhu lingkungan, lingkungan baru dapat mempengaruhi kualitas tidur lansia.

5. Aktifitas Lansia

Kegiatan lansia yang monoton atau minimal dalam melakukan aktifitas berdampak terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia. Kegiatan atau aktifitas yang tidak terstruktur mempengaruhi kualitas tidur lansia di sarankan kepada lansia untuk mengikuti aktifitas

dan Latihan untuk meningkatkan kualitas tidur lansia.

6. Makanan atau nutrisi

Sebelum tidur harus diperhatikan makanan yang dikonsumsi oleh lansia, makanan-makanan yang menyebabkan masalah pada sistem pencernaan lansia mempengaruhi kualitas tidur lansia. mengkonsumsi makanan yang mengandung kafein, konsumsi alkohol pada malam hari menyebabkan lansia mengalami gangguan tidur.

7. Usia

Semakin bertambah usia pada seseorang, terjadi perubahan sistem pada seluruh fungsi tubuh secara fisiologis. Dengan bertambahnya usia mempengaruhi kualitas tidur lansia, dikarenakan mempengaruhi hormone yang mengatur pengeluaran melatonin dalam tubuh yang berperan penting dalam proses pengaturan tidur dalam tubuh seseorang.

Tanda dan Gejala Penurunan Kualitas Tidur

Lansia mengalami penurunan kualitas tidur menunjukkan tanda dan gejala yang ditunjukkan secara subyektif dan obyektif. Tanda dan gejala yang paling terlihat lansia terlihat lemah, letih lesu dan merasakan kelelahan sepanjang hari. Penurunan kualitas tidur ditunjukkan seperti (Yuli Aspiani, 2018)

1. Kesulitan memulai tidur
2. Sering terbangun dengan frekuensi lebih dari dua kali
3. Tidak rileks setelah bangun tidur
4. Terbangun lebih awal
5. Merasa kantuk yang berlebihan pada saat siang hari
6. Tidak bisa beraktifitas karena merasa kelelahan sepanjang hari
7. Sulit berkonsentrasi
8. Emosional labil, mudah tersinggung.

Penatalaksanaan dalam Meningkatkan Kualitas Tidur Lansia

Penatalaksanaan untuk meningkatkan kualitas tidur ada beberapa tahap untuk meminimalkan gejala yang lebih lanjut dilakukan beberapa pencegahan seperti pencegahan primer yaitu:

1. Mengendalikan faktor-faktor penyebab seperti masalah emosional atau psikologis lansia, nutrisi atau makanan yang dikonsumsi pada malam hari, aktifitas lansia yang terjadwal serta lingkungan yang dapat meningkatkan kualitas tidur lansia.
2. Tindakan primer yang lain dapat mencegah atau meningkatkan kualitas tidur lansia, menjaga kondisi tempat tidur nyaman, sesuai dengan kesejajaran tubuh lansia.
3. Menjaga suhu lingkungan sesuai dengan metabolisme tubuh lansia (kurang dari 24°C)
4. Meningkatkan kenyamanan bisa dengan mandi air hangat yang dapat merangsang pengeluaran hormone endorphin sehingga lansia rileks (Aspiani, 2014).

Pencegahan diatas bisa dilakukan untuk meminimalkan keluhan kualitas tidur berlanjut. Lansia dengan keluhan atau gejala penurunan kualitas tidur yang berat, dengan diberikan terapi farmakologi, pada lansia penggunaan terapi farmakologi diminimalkan dikarenakan penurunan fungsi tubuh terutama pada organ hepar dan ginjal sehingga dalam mensekresi obat-obat yang diberikan mengalami penurunan (N Amir, 2007). Penatalaksanaan non farmakologis bisa dilakukan untuk meningkatkan kualitas tidur seperti massage, relaksasi oto-otot, terapi pijatan yang bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan dan menurunkan tingkat kecemasan atau stres secara emosional sehingga merangsang pengeluaran hormone endorphin yang dapat meningkatkan kualitas tidur lansia (Potter & Perry, 2010).

Trend dan Isu Penatalaksanaan Kualitas Tidur Dengan Tehnik Pijat Tengkek Menggunakan Virgin Coconut Oil

Terapi non farmakologi yang bisa diberikan kepada lansia dengan masalah penurunan kualitas tidur yaitu dengan memberikan Pijatan atau massage. Penyembuhan secara non-farmakologis terhadap gangguan tidur pada lansia sangat diperlukan untuk meminimalkan efek terapi farmakologis (Japardi, 2002). Dalam hal ini massage atau pijatan yang diberikan yaitu pijat tengkek dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO). Manfaat dan kegunaan dari pijat tengkek melebarkan pembuluh darah, melonggarkan dan mengurangi ketegangan pada otot, tekanan atau pijatan pada kutan dan subkutan dapat melepaskan histamin akan terjadi pelebaran pembuluh darah yang dapat melancarkan sirkulasi sehingga suplai oksigen semakin lancar dan optimal yang dapat meningkatkan pengeluaran hormone endorphin sehingga tercipta kenyamanan dan tubuh lebih rilek. Selain itu dengan meningkatnya sirkulasi dan metabolisme dalam tubuh dapat mempercepat pengeluaran sisa-sisa metabolisme dalam tubuh. Sedangkan untuk manfaat dari *Virgin coconut oil*, didalamnya mengandung asam lemak yang mudah diserap oleh tubuh, kandungan tersebut dapat meningkatkan fungsi sel endotel sehingga terjadi peningkatan metabolisme didalam tubuh (Widyatuti, 2008). Manfaat yang terkandung didalam VCO membantu pengeluaran dari asama lemak yang dapat membntu meningkatkan metabolisme tubuh (Setiaji, Bambang, 2008). Gerakan dalam melakukan pijat tengkek ada tiga yaitu *stroking*, *kneading*, *friction* yang dilakukan dengan jumlah 3-5 kali untuk setiap Gerakan, dari pijat tengkek dengan *Virgin Coconut Oil* berdampak terhadap peningkatan kualitas tidur lansia. (Alamsyah, 2005). Pijat tengkek menggunakan virgin coconut oil yang dilakukan selama 30 menit memberikan efek rileks dan meningkatkan kenyamanan lansia. Pemberian pijat tengkek dapat meningkatkan kebutuhan tidur secara kuantitas, peningktakan kebutuhan tidur secara kuantitas tersebut dapat disebabkan karena relaksasi

efek relaksasi. Latihan relaksasi dapat digunakan untuk memasuki kondisi tidur karena dengan menegangkan dan mengendorkan otot secara sengaja akan membentuk suasana tenang dan santai dimana suasana tenang dan santai diperlukan seseorang untuk memulai tidur.

Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Gangguan Kualitas Tidur Dengan Intervensi Terapi Komplementer Pijat Tenguk Menggunakan Virgin Coconut Oil (VCO)

1. Pengkajian (Aspiani, 2014)

a. Identitas Klien

Identitas menjabarkan terkait karakteristik lansia, karakteristik yang paling terlihat atau perlu dikaji oleh perawat mulai dari usia, pekerjaan, karena dari karakteristik tersebut mempengaruhi kualitas tidur lansia.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada lansia dengan gangguan kualitas tidur seperti merasa badanya lemas, tidak bergairah, cepat Lelah pada saat beraktifitas, mudah kantuk pada siang hari, serta keluhan lain seperti berkurangnya waktu tidur dan kesulitan untuk memulai tidur.

c. Riwayat Kesehatan Saat ini

Riwayat Kesehatan saat ini yaitu Riwayat Kesehatan yang dikeluhkan mulai lansia mengeluhkan masalah kualitas tidur sampai dengan saat ini, data yang diperoleh berupa sejak kapan mengalami gangguan kualitas tidur dan faktor lain seperti keluhan fisik dan psikologi serta mental yang berpengaruh terhadap kualitas tidur lansia.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat Kesehatan yang lalu yang berkaitan dengan masalah kualitas tidur, mulai dari keluhan fisik ataupun lainnya. Pada RPD bisa juga

digali terkait gangguan kualitas tidur yang lalu, apakah pernah mengalami gangguan kualitas tidur.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan umum lansia dengan gangguan kualitas tidur lansia terlihat lemah, letih, lesu tidak bergairah.

2) Kesadaran

Kesadaran lansia umumnya composmentis

3) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah lansia dengan gangguan kualitas tidur menurun atau meningkat

b) Nadi mengalami kenaikan atau Normal (60-80X/Menit)

c) Pernafasan (16-20X/Menit)

d) Suhu tubuh normal atau meningkat (Normal 36,5°C-37,5°C)

4) Pemeriksaan fisik, dalam pemeriksaan fisik lansia menggunakan sistem

a) Sistem pernafasan: sistem pernafasan normal, tidak ada sesak nafas, frekuensi pernafasan dalam batas normal

b) Sistem kardiovaskular: sistem kardiovaskular peningkatan atau penurunan tekanan darah, frekuensi nadi meningkat atau dalam batas normal.

c) Sistem persyarafan: gelisah, cemas, penurunan konsentrasi, dan apatis

d) Sistem pencernaan: penurunan nafsu makan, nyeri pada abdomen, mual, perubahan berat badan

- e) Sistem perkemihan: adanya inkontinensia urine, terkadang tidak terjadi perubahan pada lansia yang mengalami gangguan kualitas tidur.
 - f) Sistem muskuluskeletal: nyeri tekan pada muskuluskeletal, kelemahan.
- f. Pola Fungsi Kesehatan

Pola fungsi Kesehatan pada lansia dengan gangguan kualitas tidur yang perlu di kaji yaitu:

1) Pola Persepsi Kesehatan

Klien dengan gangguan kualitas tidur mengalami gangguan persepsi dan pola fungsi Kesehatan seperti masalah fisik, masalah psikologis yang mempengaruhi kualitas tidur lansia.

2) Pola Nutrisi

Lansia dengan gangguan kualitas tidur, pada pola nutrisi mengalami gangguan, mulai dari penurunan nafsu makan, merasa mual.

3) Pola eliminasi

Lansia yang mengalami gangguan kualitas tidur jika penyebabnya dari inkontinensia urine maka akan mengalami perubahan pada eliminasi, adanya konstipasi atau bisa tidak ada perubahan pada eliminasi fekal.

4) Pola istirahat tidur

Pola istirahat tidur pada lansia mengalami gangguan, seperti kesulitan memulai tidur, sering terbangun dengan frekuensi lebih dari dua kali, gelisah pada saat malam hari.

5) Pola Aktifitas dan istirahat

Pola aktifitas dan istirahat pada lansia mengalami perubahan, lansia mengalami kelelahan dan kelemahan, jika lansia mengalami gangguan kualitas tidur berat

- mengalami penurunan aktifitas sehingga meningkatkan tingkat ketergantungan lansia kepada keluarga. Pengkajian aktifitas lansia menggunakan indeks katz atau bartel indeks.
- 6) Pola fungsi peran dan hubungan
Pola fungsi peran lansia dengan gangguan kualitas tidur mengalami perubahan lansia emosional labil, mudah tersinggung, cemas. Pengkajian pola peran dan hubungan menggunakan APGAR keluarga.
 - 7) Pola Sensori dan kognitif
Klien mengalami perubahan fungsi kognitif, lansia sulit berkonsentrasi, lansia. Pengkajian fungsi kognitif menggunakan *short portable mental status questioner* (SPMSQ) atau *Mini Mental Status Exam* (MMSE).
 - 8) Pola Persepsi dan konsep diri
Konsep diri lansia mengalami perubahan lansia mengalami gelisah, ansietas, semakin lama mengalami depresi pengkajian menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS).
 - 9) Pola Fungsi Seksual Dan Reproduksi
Fungsi seksual pada lansia mengalami perubahan.
 - 10) Pola Mekanisme koping dan stress
Lansia mengalami perubahan pada tingkat koping dan stress, pasien kecemasan, pasien gelisah, emosional labil, pengkajian menggunakan status emosional.
 - 11) Pola tata nilai dan kepercayaan
Tidak mengalami perubahan pada tingkat spiritual lansia yang mengalami gangguan kualitas tidur.

2. Diagnosa Keperawatan (PPNI, 2017)

- a. Gangguan Pola tidur
- b. Ansietas

3. Intervensi Keperawatan (PPNI, 2018)

No	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	<p>Tujuan disesuaikan dengan diagnose keperawatan yang diangkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Subyektif :tidak mengalami kelemahan, bisa memulai tidur dengan cepat, tidak sering terbangun, jumlah jam tidur 6-8 jam/hari, tidak merasakan kantuk pada siang hari.</p>	<p>Dukungan Tidur :</p> <p>Identifikasi pola Aktivitas Tidur</p> <p>Identifikasi faktor pengganggu tidru</p> <p>Identifikasi makanan dan minuman sebelum tidur</p> <p>Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (Pijat, Akupresur)</p> <p>Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur</p> <p>Ajarkan tehnik relaksasi otot</p> <p>Terapi Pemijatan</p> <p>Identifikasi kontra indikasi dan indikasi pemijatan</p> <p>Identifikasi kesediaan dilakukan pemijatan</p> <p>Tetapkan jangka waktu pemijatan</p> <p>Tetapkan area pemijatan yang dalam hal ini pada daerah tengkuk</p> <p>Gunakan pelembab Virgin Coconut oil</p> <p>Lakukan pemijatan dengan tehnik yang tepat (Gerakan stroking, kneading, friction)</p>

		<p>Anjurkan rilek selama pemijatan</p> <p>Anjurkan beristirahat setelah tidur</p>
2	<p>Tujuan Disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang diangkat</p> <p>Kriteria hasil</p> <p>Tidak mengalami kesulitan tidur</p> <p>Tidak gelisah, emosional stabil, status emosional negatif</p>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</p> <p>Identifikasi tingkat ansietas</p> <p>Ciptakan suasana yang terapeutik</p> <p>Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</p> <p>Dengarkan dengan penuh perhatian keluhan dari pasien</p> <p>Anjurkan keluarga untuk mendampingi pasien</p> <p>Latihan tehnik pengalihan</p> <p>Latihan tehnik relaksasi</p> <p>Terapi relaksasi</p> <p>Identifikasi ketidakmampuan berkonsentrasi</p> <p>Identifikasi Teknik relaksasai yang tepat</p> <p>Ciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>Gunakan nada yang lambat dan berirama</p> <p>Anjurkan sering melakukan tehnik relaksasi</p> <p>Demonstrasikan dan latih tehnik relaksasi</p>

Daftar Pustaka

- Alamsyah, A. N. (2005). *Virgin Coconut Oil Minyak Penakluk Aneka Penyakit*. Agro Media Pustaka.
- Amir, N. (2007). Gangguan Tidur pada Lanjut Usia. In *Cermin Dunia Kedokteran*.
- Amir, Numiati. (2007). Gangguan Tidur pada Lanjut Usia Diagnosis dan Penatalaksanaan. *Cermin Dunia Kedokteran*.
- Aspiani, Y. R. (2014). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik Aplikasi Nanda, Nic dan Noc. In *Trans Info Media*.
- Japardi, I. (2002). Gangguan Tidur. In digitized by USU digital library.
- Khasanah, K., & Hidayati, W. (2012). Kualitas Tidur Lansia Balai Rehabilitasi Sosial “ MANDIRI ” Semarang. *Jurnal Nursing Studies*.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamentak Keperawatan*. ECG.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (D. PPNI (ed.); III)*.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (D. PPNI (ed.); II)*.
- Setiaji, Bambang, S. P. (2008). *Membuat VCO Berkualitas Tinggi*. Penebar Swadaya.
- Widyatuti, W. (2008). Terapi Komplementer Dalam Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(1), 53–57. <https://doi.org/10.7454/jki.v12i1.200>
- Yuli Aspiani, R. (2018). *BuKu Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik*. In 1.

Profil Penulis



Nurul Faidah

Ketertarikan penulis dalam bidang Kesehatan khususnya keperawatan sejak tahun 2004. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk dan menempuh Pendidikan keperawatan selama 5 tahun dikampus Universitas Kadiri. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan program pasca sarjana di Universitas Udayana Jurusan Kesehatan Masyarakat.

Penulis memiliki kompetensi keperawatan terutama dibidang keperawatan komunitas khususnya keperawatan gerontic dan keperawatan komplementer. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Dan melakukan pengabdian kepada masyarakat berfokus kepada keperawatan gerontic serta Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis belajar menulis buku yang berfokus pada bidang keperawatan gerontic dalam bidang keperawatan komplementer. Untuk mengembangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis.

Email Penulis: nurulfaidah1208@gmail.com

PROSES PENERAPAN ASUHAN KOMUNITAS DALAM PEMBELAJARAN LAPANGAN

Ns. Ni Wayan Suniyadewi, S. Kep., M. Kes

STIKES Wira Medika Bali

Konsep dan Tujuan Keperawatan Komunitas

1. Konsep Keperawatan Kesehatan Komunitas

Keperawatan kesehatan komunitas adalah seni dan ilmu yang merupakan bagian dari praktik keperawatan yang difokuskan pada penerapan asuhan keperawatan untuk melindungi, mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan masyarakat pada lokasi, populasi dan system sosial tertentu dengan sasaran masyarakat umum, kelompok atau agregat khususnya prioritas bagi kelompok risiko tinggi. Keperawatan kesehatan komunitas menekankan tindakan pada aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative (Ervin, 2002; Mengistu, 2006).

Perubahan pelayanan kesehatan di komunitas mengakibatkan perubahan pada pola asuhan keperawatan. Perubahan akan terjadi di komunitas terutama di lingkup rumah. Tujuan keperawatan komunitas bukan bukan saja dengan pengobatan tetapi lebih untuk meningkatkan kualitas hidup dan membuat klien hidup nyaman mungkin.

2. Tujuan Dan Sasaran Keperawatan Komunitas

Tujuan keperawatan komunitas adalah sebagai berikut:

a. Meningkatkan kesehatan

Meningkatkan kesehatan disebut juga promosi kesehatan. Upaya meningkatkan kesehatan bertujuan membantu masyarakat menjaga gaya hidup mereka tetap sehat secara optimal. Kesehatan yang optimal adalah keseimbangan kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual, dan intelektual. Promosi kesehatan tidak hanya sekedar merubah gaya hidup, tetapi mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.

b. Proteksi/perlindungan kesehatan

Proteksi kesehatan adalah upaya perlindungan kelompok masyarakat terhadap paparan suatu penyakit.

c. Pencegahan terjadinya penyakit

Pencegahan penyakit merupakan upaya mencegah terjadinya penyakit pada kelompok yang berisiko atau kelompok rentan.

d. Penyembuhan penyakit

Penyembuhan adalah upaya yang dilakukan pada kelompok masyarakat yang telah terkena penyakit. Upaya penyembuhan bertujuan untuk menyembuhkan kelompok masyarakat yang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi

e. Pemulihan kesehatan

Pemulihan kesehatan merupakan upaya mengembalikan status kesehatan, mengembalikan fungsi tubuh akibat penyakit dan/atau akibat cacat, atau menghilangkan cacat.

f. Sasaran keperawatan komunitas

Sasaran keperawatan komunitas adalah individu, keluarga dan kelompok berisiko tinggi. Kelompok yang berisiko tinggi yang dimaksud adalah keluarga atau penduduk di daerah kumuh, daerah terisolasi, daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita, remaja, pasangan usia subur, ibu hamil dan lansia.

Teori Model Keperawatan Komunitas

Teori model keperawatan yang sering digunakan sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan di komunitas adalah *Health Care System Model* dari Betty Neuman dan *Community as partner model's* dari Anderson & Mc Farlane's. Meskipun banyak teori lain yang juga dapat diterapkan untuk melakukan asuhan keperawatan di komunitas.

1. *Health Care System Model* dari Betty Neuman (Allender, J.N., & Spredley, 2001)

Pandangan model ini terhadap empat konsep sentral paradigma keperawatan adalah sebagai berikut:

a. Manusia

Memandang manusia sebagai sistem terbuka yang berinteraksi secara terus menerus dan dinamis. Model ini memandang manusia secara holistik atau menyeluruh yaitu fisik, psikologis, sosial, budaya, perkembangan dan spiritual yang saling berhubungan dan tidak dapat dipisahkan. Kondisi manusia akan sangat dipengaruhi oleh stresor.

b. Kesehatan

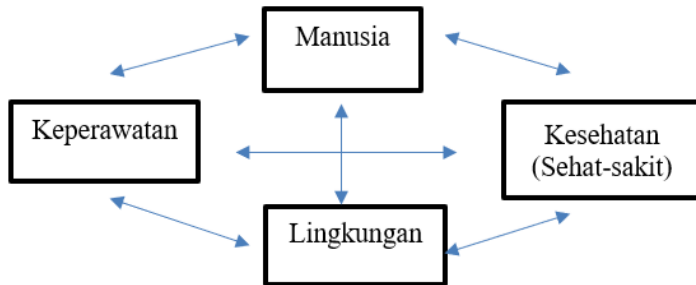
Kesehatan merupakan kemampuan mempertahankan keseimbangan antara stresor dan mempertahankan keharmonisan yang ada pada system dan subsistem.

c. Lingkungan

Lingkungan adalah seluruh faktor internal dan eksternal yang berada di sekitar klien, dan memiliki hubungan yang harmonis dan seimbang.

d. Keperawatan

Model ini menjelaskan bahwa keperawatan memandang manusia secara holistik untuk mempertahankan semua variabel yang memengaruhi respon komunitas terhadap stresor. Perawat memfasilitasi kestabilan dengan lingkungannya dengan melakukan prevensi primer untuk garis pertahanan fleksibel, prevensi sekunder untuk garis pertahanan normal, dan prevensi tersier untuk garis pertahanan resisten.

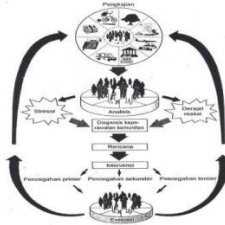


Gambar 15.1 Paradigma Keperawatan Komunitas

2. Model Keperawatan Komunitas sebagai Mitra (*community as partner*) (Anderson, 2000)

Model ini juga menekankan bahwa *primary health care* (PHC) sebagai filosofi yang mendasari komunitas turut aktif meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mengatasi masalah melalui upaya pemberdayaan dan kemitraan. Model *community as partner* menyebutkan bahwa ada dua komponen penting dalam model yaitu roda pengkajian komunitas dan proses keperawatan. Roda pengkajian komunitas terdiri atas dua bagian utama, yaitu inti (*core*) sebagai intrasistem yang terdiri atas, demografi, riwayat, nilai dan keyakinan komunitas. Ekstrasistemnya terdiri atas delapan subsistem yang mengelilingi inti, yaitu lingkungan fisik, pendidikan, keamanan dan

transportasi, politik dan pemerintahan, pelayanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi, dan rekreasi. Proses keperawatan yang dimaksud mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.



Gambar 15.2.

Model Community as Partner (Anderson, 2000)

Proses Asuhan Keperawatan Komunitas di Lapangan Berdasarkan MODEL COMMUNITY AS PARTNER

1. Pengkajian

Pengkajian komunitas adalah proses yang dilakukan perawat untuk mengenal, mengidentifikasi dan menggali masalah kesehatan, faktor yang positif atau yang negatif yang dapat berpengaruh terhadap status kesehatan komunitas.

Prinsip pengkajian berdasarkan *Community as Partner* adalah:

- a. Menggunakan proses yang sistematis dan komprehensif
- b. Melakukan kemitraan dengan masyarakat
- c. Berfokus pada upaya prevensi primer yaitu promosi kesehatan
- d. Memberikan prioritas pada kebutuhan komunitas
- e. Bekerjasama dengan berbagai pihak di komunitas

Metode pengumpulan data dalam pengkajian komunitas dapat dilakukan dengan Participant observation, Whinshield survey, Focus group

discussion, Key informant, Surveys, Arcival data dan Literatur review

Pengkajian yang dilakukan berdasarkan model Community as Partner adalah sebagai berikut:

a. Inti/*core*

Pengkajian inti/*core* meliputi; pengkajian sejarah terbentuknya komunitas, data demografi seperti umur, jenis kelamin, suku, agama, dan status pernikahan. Pengkajian vital statistik yang meliputi angka kelahiran dan angka kematian.

b. Lingkungan fisik

Lima cara dalam melakukan pengkajian lingkungan fisik di komunitas yaitu; inspeksi, auskultasi, memeriksa vital sign atau data vital, mereview sistem, dan studi laboratorium.

Inspeksi: Pengkajian dilakukan dengan mengamati atau mensurvey perumahan, ruang terbuka, perbatasan, layanan transportasi, pasar, sekolah, tempat umum lainnya, status sehat-sakit penduduk dan media politik, media pengumuman dan poster kesehatan.

Auskultasi: Pengkajian dilakukan dengan mendengarkan hasil wawancara komunitas tentang kondisi lingkungan fisik.

Data vital/vital sign: Pengkajian tentang iklim, jalur atau akses, batas alam seperti sungai dan bukit.

Review sistem lingkungan fisik: usia bangunan, bahan bangunan yang digunakan, kondisi rumah, keberadaan air mengalir, sanitasi, pembuangan limbah rumah tangga, mandi cuci kakus (MCK), pencahayaan dan ventilasi udara (keberadaan jendela), keberadaan tempat usaha dan tempat ibadah.

Studi laboratorium: Mengkaji data sensus atau studi perencanaan untuk pemetaan komunitas.

c. Sistem kesehatan dan sosial

Mengkaji fasilitas yang terletak di dalam komunitas dan yang terletak di luar komunitas yang dapat mendukung kesehatan komunitas. Keberadaan dan akses rumah sakit atau layanan kesehatan, adanya layanan kesehatan konseling, kepemilikan jaminan layanan kesehatan.

d. Ekonomi

Data yang dikaji berdasarkan data ekonomi adalah alokasi keuangan untuk kesehatan, pendapatan, pekerjaan, pusat usaha

e. Transportasi dan keamanan

Pengkajian terkait transportasi dan keamanan yang perlu dikaji adalah alat transportasi, layanan kebakaran, post keamanan lingkungan, kejadian yang mengancam keamanan, dan sistem perlindungan keamanan.

f. Politik dan pemerintahan

Data yang dikaji terkait politik dan pemerintahan adalah data pemerintahan, keberadaan kelompok layanan komunitas seperti posyandu, karang taruna, PKK, poskesdes, panti sosial, posbindu.

g. Komunikasi

Data yang dikaji terkait dengan komunikasi meliputi media/alat komunikasi yang digunakan baik komunikasi formal maupun informal.

h. Pendidikan

Data yang dikaji terkait pendidikan adalah keberadaan sekolah atau pusat pendidikan, status pendidikan komunitas, jenis dan akses pendidikan tentang kesehatan.

i. Rekreasi

Data yang dikaji terkait rekreasi adalah adanya area rekreasi terdekat seperti taman, area bermain, dan fasilitas khusus untuk rekreasi.

2. Diagnosis

Komunitas terdiri atas individu, keluarga, kelompok dan komunitas, maka diagnosis keperawatan ditujukan kepada komunitas, kelompok atau agregat khusus. Diagnosis keperawatan kelompok dan komunitas memiliki perbedaan secara umum dengan diagnosis individu dan keluarga, karena saat melakukan pengkajian di komunitas atau kelompok/agregat, perawat berkolaborasi dengan komunitas, tokoh masyarakat, jajaran pengurus desa, pemuka agama serta tenaga kesehatan lainnya, sehingga diagnosis keperawatan dapat mewakili semua pemangku kepentingan di komunitas.

Diagnosis keperawatan dituliskan dengan diagnosis tunggal (single diagnosis) tanpa etiologi, dapat dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) atau dengan ketentuan diagnosis NANDA.

Contoh diagnosis keperawatan komunitas: Defisit kesehatan komunitas

Jenis diagnosis keperawatan di komunitas yaitu;

- a. Diagnosis *wellness* atau sejahtera; Diagnosis yang mengarah pada peningkatan kesehatan; promosi kesehatan.

Contoh; Kesiapan peningkatan pengetahuan

- b. Diagnosis aktual; diagnosis yang mengarah ke dalam kondisi sakit yang nyata

Contoh; Manajemen kesehatan tidak efektif

- c. Diagnosis Risiko; diagnosis yang mengarah ke perilaku yang mengarahkan ke perilaku tidak sehat dan berisiko menyebabkan sakit.

Contoh; Perilaku kesehatan cenderung berisiko.

3. Intervensi

Intervensi terdiri dari tahapan:

- a. Memprioritaskan diagnosis komunitas

Menetapkan prioritas harus dilakukan dengan melibatkan komunitas, tokoh masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya. Menentukan prioritas dapat menggunakan metode;

- 1) *Paper and Pencil Tools* (Ervin, 2002). Item untuk memprioritaskan diagnosis keperawatan adalah sebagai berikut:

Diagnosis keperawatan	Pentingnya masalah untuk dipecahkan;	Kemungkinan perubahan positif jika diatasi:	Peningkatan terhadap kualitas hidup bila diatasi;	Total Skor
	1. Rendah	0 Tidak ada	0 Tidak ada	
	2 Sedang	1 Rendah	1 Rendah	
	3 Tinggi	2 Sedang	2 Sedang	
		3 Tinggi	3 Tinggi	

- 2) Skoring berdasarkan;
 - a) Risiko keparahan
 - b) Minat masyarakat
 - c) Kemungkinan untuk diatasi
 - d) Waktu
 - e) Dana
 - f) Fasilitas
 - g) Sumber daya
 - h) Tempat

Dengan skor pembobotan nilai untuk setiap aspek yang dinilai diatas dengan range 1-5 yaitu; Sangat rendah =1, Rendah = 2, Cukup = 3, Tinggi = 4, Sangat tinggi =5

- b. Menetapkan sasaran intervensi yang diharapkan
Menetapkan sasaran adalah Langkah selanjutnya setelah menentukan prioritas diagnosis. Sasaran merupakan hasil yang diharapkan yang berisi situasi ke depan atau

jangka Panjang yang belum bisa diukur. Misalnya; meningkatkan cakupan kunjungan balita ke posyandu balita, menurunkan angka penularan TB Paru dan lainnya

c. Menetapkan tujuan yang diharapkan

Tujuan merupakan suatu pernyataan hasil yang diharapkan dari intervensi yang telah dilakukan. Penetapan tujuan harus SMART; *specific* yaitu target harus spesifik, *measurable* yaitu terukur, *achievable* yaitu dapat dicapai dengan mempertimbangkan sumber daya yang ada, relevan yaitu sesuai dengan kebijakan umum, dan *time bound* yaitu adanya pencapaian waktu yang jelas.

d. Menetapkan intervensi keperawatan.

Intervensi keperawatan komunitas harus berorientasi pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, manajemen pengobatan penyakit dan rehabilitasi yang disusun berdasarkan Nursing intervention classification (NIC) atau buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

4. Implementasi

Implementasi keperawatan komunitas dilakukan dengan fokus pada sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Prioritas implementasi adalah Tindakan yang mengacu pada

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mengukur ketercapaian program atau implementasi yang telah dilaksanakan. Fokus evaluasi adalah menilai pencapaian tujuan dengan membandingkan standar nilai yang sudah ditentukan sebelumnya.

Contoh Penerapan Kasus Asuhan Keperawatan Komunitas di Lapangan Berdasarkan SDKI, SIKI dan SLKI

No	Diagnosis Keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)	Tujuan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017)	Intervensi (NIC) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)	Implementasi	Evaluasi
1.	<p>Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)</p> <p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengungkapkan kesulitan dalam program perawatan dan pengobatan <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Gagal melakukan Tindakan menjalani program untuk mengurangi faktor perawatan/pengobatan risiko 	<p>TUM: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu, masyarakat mampu melakukan manajemen kesehatan secara baik dan efektif</p> <p>TUK: a. Minimal 80% masyarakat menyatakan mampu</p>	<p>Lakukan edukasi kesehatan sesuai masalah di komunitas misal TB, DM, Hipertensi</p>	<p>Melakukan penyuluhan kesehatan tentang penyakit TB, DM, Hipertensi</p>	<ul style="list-style-type: none"> 80% masyarakat mampu menerapkan program perawatan sesuai masalah kesehatan yang dialami 80% masyarakat mampu melakukan pola hidup sehat

	<ul style="list-style-type: none"> • Gagal menerapkan program perawatan/pengobatan dalam kehidupan sehari-hari • Aktivitas hidup sehari hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan 	<p>menerapkan program perawatan terhadap masalah kesehatan yang dialami</p> <p>b. Minimal 80% masyarakat mampu melakukan aktivitas hidup sehari hari yang efektif/pola hidup sehat untuk mencapai kesehatan</p>			<ul style="list-style-type: none"> • 80% masyarakat mampu menerapkan program pengobatan sesuai instruksi yang diberikan
		<p>c. Minimal 80% mampu menerapkan program pengobatan sesuai</p>	Beri edukasi program pengobatan	Menjelaskan tentang pengobatan sesuai dengan program	
			Lakukan <i>screening</i> kesehatan	Melakukan cek kesehatan sederhana seperti tekanan darah, asam urat, kolesterol dan gula darah	

PROSES PENERAPAN ASUHAN KOMUNITAS DALAM PEMBELAJARAN LAPANGAN

		instruksi dalam kehidupan sehari hari	Libatkan tokoh masyarakat dalam pengambilan keputusan	Melibatkan seluruh tokoh masyarakat dalam setiap pengambilan keputusan dalam intervensi	
--	--	---------------------------------------	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	--

Daftar Pustaka

- Allender, J.N., & Spredley, B. . (2001). *Community health nursing: concept and practice*. Philadelphia: Lippincot.
- Anderson, E. T. & M. (2000). *Community as partner: Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Lippincot.
- Ervin, N. E. (2002). *Advanced community health nursing practice: population focused care*. New Jersey: Pearson Education,Inc.
- Mengistu, D. (2006). *Community Health Nursing* (Daniel Mengistu and Equinet Misganaw, ed.). Retrieved from https://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture_notes/nursing_students/com_m_hlth_nsg_final.pdf
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonsesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Profil Penulis



Ni Wayan Suniyadewi, lahir di Gianyar, Bali pada tanggal 19 Pebruari 1985. Penulis menyelesaikan pendidikan D III Keperawatan di AKPER Karya Husada Yogyakarta, lulus tahun 2006, pendidikan S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Udayana Denpasar, lulus tahun 2010. Peneliti melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Udayana lulus tahun 2015 dan saat ini sedang menyelesaikan Progorm Doktor Keperawatan di Universitas Airlangga Surabaya. Riwayat pekerjaan penulis; pernah bekerja di RS. Puri Raharja Denpasar dan Rumah Sakit Balimed Denpasar.

Karir sebagai dosen dimulai sejak tahun 2010 hingga sekarang di STIKes Wira Medika Bali. Penulis sejak awal berkarir menjadi dosen telah tertarik untuk mendalami keperawatan keluarga dan komunitas. Penulis mengampu mata kuliah keperawatan komunitas dan keperawatan keluarga, sebagai clinical teacher dan melakukan penelitian serta pengabdian masyarakat di bidang mata kuliah komunitas dan keluarga sejak tahun 2010 sampai dengan saat ini. Beberapa penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilakukan penulis didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI.

Email Penulis: suniyadewi@stikeswiramedika.ac.id

DUKUNGAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL (DKJPS)

Sri Martini S.Pd., SKp, M.Kes

Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang

Pengertian

Secara global istilah 'Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) atau Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS)' digunakan dalam Panduan Inter Agency Standing Committee (IASC) dalam Situasi Kedaruratan, yang berarti dukungan jenis apa pun dari luar atau lokal yang bertujuan melindungi atau meningkatkan kesejahteraan psikologis dan mencegah serta menangani kondisi kesehatan jiwa dan psikososial. DKJPS mengintegrasikan pendekatan biologis, psikologis, dan sosiokultural di bidang kesehatan, sosial, pendidikan dan komunitas, serta untuk menekankan perlunya pendekatan-pendekatan yang beragam dan saling melengkapi dari berbagai profesi dalam memberikan dukungan yang sesuai. DKJPS dalam Situasi Kedaruratan mengedepankan berbagai tingkatan intervensi agar diintegrasikan dalam kegiatan respons pandemic (IASC, n.d.)



Gambar 16.1.

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikosisal (IASC, 2020.)

Tatakelola Penyelenggaraan Layanan Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikosisal

Kementerian Kesehatan RI (2020) menyatakan bahwa tata kelola penyelenggaraan layanan DKJPS dilaksanakan pada setiap jenjang administrasi dalam rangka memastikan pelayanan DKJPS di wilayah kerjanya dapat berlangsung secara optimal.

1. Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota

Dinas kesehatan mengkoordinasikan dan memastikan pelayanan DKJPS dapat berlangsung di wilayah kerjanya, baik layanan yang dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan maupun di masyarakat. Layanan DKJPS tersebut dapat dilaksanakan oleh pemerintah, swasta, organisasi profesi, organisasi social kemasyarakatan dan lain-lain. Oleh karena itu perlu dilakukan pengelolaan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring evaluasi serta tindak lanjut terhadap penyelenggaraan layanan DKJPS dengan memperhatikan hambatan atau masalah yang ditemukan.

Kegiatan
Perencanaan:
1. Mengidentifikasi sumber daya dan jejaring kerja tingkat kab/kota, seperti

- a.) Jumlah puskesmas, rumah sakit dan/ atau rumah sakit jiwa yang mampu melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa, untuk di puskesmas telah tersedia tenaga kesehatan jiwa yang terlatih,
 - b.) Jumlah puskesmas dan atau rumah sakit yang terdapat tenaga Kesehatan jiwa namun belum dilatih untuk direncanakan untuk mendapat pelatihan,
 - c.) Jumlah guru SMA dan yang sederajat yang sudah dilatih life skill,
 - d.) Jumlah tenaga kesehatan jiwa dari organisasi profesi yang ada di wilayah, antara lain psikiater, dokter anak, psikolog klinis, dokter umum dan perawat dan perawat jiwa, yang dapat memberikan pelayanan DKJPS bila diperlukan baik yang sudah terlatih maupun belum terlatih,
 - e.) jumlah kader kesehatan jiwa dan pekerja masyarakat (relawan/ sosial) yang ada di wilayah kerja.
 - f.) Pelayanan konsultasi kesehatan jiwa jarak jauh yang dapat dijangkau oleh masyarakat, baik milik pemerintah, pemerintah daerah, organisasi profesi, dan lain-lain.
 - g.) Daerah dengan sumber daya manusia yang terbatas, maka untuk memberikan akses layanan pada masyarakat dapat berkoordinasi dan bekerjasama dengan lintas sektor terkait di wilayah, sesuai matriks jejaring layanan DKJPS
2. Mengidentifikasi lokasi pelayanan DKJPS dan kelompok rentan, di fasyankes dan non fasyankes seperti: panti, rumah singgah, lapas anak, sekolah dan lain-lain.
 3. Memastikan ketersediaan dan kecukupan logistik untuk mendukung pelayanan DKJPS, antara lain: obat psikotropika di Puskesmas/RS/RSJ, instrumen deteksi dini masalah kesehatan dan gangguan jiwa, media KIE, termasuk sarana prasarana dan alat kesehatan.
 4. Mengidentifikasi ketersediaan anggaran dari berbagai sumber pendanaan, seperti : APBN,

APBD, ADD, Dana Siap Pakai Bencana/ KLB (BNPB), Dana Tak Terduga (Kemendagri), CSR, dan lain-lain.

5. Menyusun rencana kerja kegiatan DKJPS di tingkat Kabupaten/ Kota yang melibatkan lintas program, lintas sektor dan LSM yang ada di wilayah.

Pelaksanaan

1. Membentuk dan menggerakkan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) tingkat Kabupaten/ Kota dengan melibatkan organisasi perangkat daerah. TPKJM tingkat Kabupaten/ Kota bekerjasama agar pelayanan DKJPS di wilayah dapat berlangsung secara optimal
2. Membentuk dan menggerakkan Tim DKJPS tingkat Kabupaten/ Kota dengan melibatkan lintas program, RS/RSJ, organisasi profesi dan lintas sektor yang ada di wilayah kerja.
3. Tim DKJPS tingkat Kabupaten/ Kota melakukan:
 - a) Pembinaan teknis kepada DKJPS puskesmas di wilayah kerjanya
 - b) Melakukan promosi psikososial, baik melalui media massa maupun pendekatan kelompok;
 - c) Melakukan preventif melalui deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan psikososial;
 - d) Melakukan penanganan dan rehabilitasi masalah kesehatan jiwa dan psikososial.
 - e) Melakukan sosialisasi protokol DKJPS kepada puskesmas, RS/ RSJ dan pemangku kepentingan terkait di wilayah kerja.
 - f) Memberikan pelatihan, dan/ atau orientasi kepada tenaga kesehatan di puskesmas tentang deteksi dini, pertolongan pertama psikologi, konseling suportif dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa termasuk pemberian medikasi psikotropika yang tepat.
4. Menyelenggarakan pertemuan berkala dengan instansi terkait, lembaga swasta, dunia usaha, perguruan tinggi dan elemen masyarakat dalam rangka memperkuat layanan DKJPS.

<p>5. Memfasilitasi penyediaan layanan konsultasi hotline, <i>telemedicine</i>, <i>tediagnosis</i>, dan lainnya secara lokal dan turut mempromosikan layanan konsultasi yang telah disediakan pemerintah pusat maupun organisasi profesi.</p> <p>6. Melakukan bimbingan teknis layanan DKJPS kepada Puskesmas.</p> <p>7. Melakukan pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan secara regular ke Provinsi dan Pusat.</p>
<p>Monitoring Evaluasi</p> <p>1. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan yang telah dilakukan dengan menggunakan instrumen monev.</p> <p>2. Mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang terjadi (analisis situasi) selama pelaksanaan DKPJS.</p> <p>3. Melakukan rapat koordinasi bulanan hasil monitoring evaluasi pelaksanaan DKJPS dengan Puskesmas, RS, lintas sektor dan lintas program.</p>
<p>Tindak Lanjut</p> <p>1. Melakukan advokasi dan sosialisasi hasil monitoring dan evaluasi</p> <p>2. Diseminasi Informasi kepada masyarakat</p>

2. Puskesmas

Kegiatan
<p>Perencanaan:</p> <p>1. Mengidentifikasi sumber daya dan jejaring kerja, seperti:</p> <p>a) jumlah tenaga kesehatan yang terlatih kesehatan jiwa;</p> <p>b) jumlah pekerja masyarakat dan kader kesehatan jiwa, seperti kader kesehatan, bidan di desa, pekerja sosial, guru, tokoh masyarakat, tokoh agama, PKK, karang taruna, organisasi sosial dan elemen masyarakat lainnya;</p> <p>c) jumlah guru SMA yang sudah dilatih <i>life skill</i>;</p>

- d) Pelayanan konsultasi kesehatan jiwa jarak jauh atau layanan kesehatan jiwa bergerak yang dapat dijangkau oleh masyarakat, baik milik pemerintah, pemerintah daerah, organisasi profesi, dan lain-lain.
2. Mengidentifikasi lokasi pelayanan dalam gedung dan luar gedung serta kelompok rentan seperti: panti, rumah singgah, lapas anak, sekolah dan lain-lain.
 3. Memastikan ketersediaan dan kecukupan logistik untuk mendukung pelaksanaan DKJPS, antara lain: obat *psikotropika esensial*, instrumen deteksi dini masalah kesehatan dan gangguan jiwa, media KIE, termasuk sarana prasarana dan alat kesehatan \
 4. Mengidentifikasi ketersediaan anggaran dari berbagai sumber pendanaan, seperti APBN (contoh : BOK), APBD, ADD, CSR, dan lain-lain.
 5. Melaksanakan Lokakarya mini untuk mengidentifikasi kesiapan layanan DKJPS dan menyusun rencana kegiatan di wilayah kerja puskesmas dengan melibatkan lintas program, lintas sektor dan LSM serta elemen masyarakat lainnya

Pelaksanaan

1. Membentuk dan menggerakkan Tim DKJPS Puskesmas dengan melibatkan organisasi profesi, lintas program dan lintas sektor terkait;
2. Tim DKJPS Puskesmas melakukan pelayanan yang meliputi: psikoedukasi bagi masyarakat, baik langsung maupun melalui media massa; deteksi dini, dan tatalaksana serta rehabilitasi bagi masyarakat yang mengalami masalah kesehatan jiwa dan psikososial;
3. Memberikan pelatihan, dan/ atau orientasi kepada tokoh masyarakat dan pekerja sosial tentang keterampilan layanan psikologis dasar, misalnya cara memberi dukungan emosional, memberi informasi, pengenalan masalah kesehatan jiwa yang mendasar, manajemen stres,

<p>konseling menghadapi duka serta cara merujuk ke puskesmas atau RS bila diperlukan;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menyelenggarakan pertemuan berkala dengan lintas program dan lintas sektor terkait; 5. Memfasilitasi terbentuknya kelompok dukungan psikososial yang bersumberdaya masyarakat; 6. Melakukan pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan secara regular ke Kabupaten/ Kota.
<p>Monitoring Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan yang telah dilakukan; 2. Mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang terjadi (analisis situasi) selama pelaksanaan DKJPS; 3. Melakukan rapat koordinasi bulanan hasil monitoring evaluasi pelaksanaan DKJPS dengan lintas sektor dan lintas program.
<p>Tindak Lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan advokasi dan sosialisasi hasil monitoring dan evaluasi; 2. Diseminasi Informasi kepada masyarakat.

3. Kementerian Kesehatan

Kegiatan
<p>Perencanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi sumber daya dan jejaring kerja tingkat pusat seperti: <ol style="list-style-type: none"> a) Jumlah provinsi yang memiliki rumah sakit Umum atau rumah sakit jiwa yang mampu melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa; b) Jumlah tenaga kesehatan jiwa dari organisasi profesi yang ada di wilayah, antara lain psikiater, dokter anak, psikolog klinis, dokter umum dan perawat dan perawat jiwa, yang dapat memberikan pelayanan DKJPS bila

- diperlukan baik yang sudah terlatih maupun belum terlatih;
- c) Jumlah provinsi yang memiliki TPKJM dan tim DKJPS.
 - d) Pelayanan konsultasi kesehatan jiwa jarak jauh yang dapat dijangkau oleh masyarakat, baik milik pemerintah, swasta, organisasi profesi, dan lain-lain.
2. Memastikan ketersediaan dan kecukupan logistik sebagai buffer untuk mendukung pelayanan DKJPS tingkat pusat, antara lain: obat psikotropika, instrumen deteksi dini masalah kesehatan dan gangguan jiwa, media KIE, termasuk sarana prasarana dan alat kesehatan.
 3. Mengidentifikasi ketersediaan anggaran tingkat pusat dari berbagai sumber pendanaan, seperti: APBN, Dana siap pakai bencana/ KLB (BNPB), Dana tak terduga (Kemendagri), CSR, dan lain-lain.
 4. Menyusun rencana kegiatan koordinasi di tingkat Pusat yang melibatkan lintas program, lintas sektor dan LSM yang ada

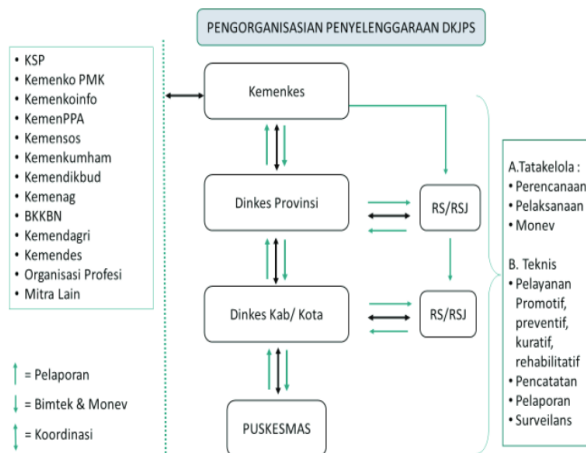
Pelaksanaan

1. Menyusun kebijakan dan pedoman mengenai pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada masyarakat, yang melibatkan lintas program dan lintas sektor
2. Membentuk dan menggerakkan Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) tingkat Pusat bekerjasama dengan lintas sektor, terpadu, berkesinambungan, dan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam menghadapi masalah kesehatan jiwa.
3. Melakukan sosialisasi, advokasi dan fasilitasi upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial bagi masyarakat;
4. Mengupayakan dan mengkoordinasikan mobilisasi sumber daya yang bersumber dari pemerintah maupun swasta.
5. Memberikan pelatihan, dan/ atau orientasi berjenjang tentang deteksi dini, pertolongan

- pertama psikologi, konseling suportif dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial kepada pengelola program, tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas dan masyarakat.
- Menyelenggarakan pertemuan berkala dengan instansi terkait, lembaga swasta, dunia usaha, perguruan tinggi dan elemen masyarakat dalam rangka memperkuat layanan DKJPS dengan turut berpartisipasi atau memfasilitasi penyediaan layanan konsultasi hotline, telemedicine, tediagnosis, dan lain-lain;
- Monitoring Evaluasi**
- Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan yang telah dilakukan;
 - Mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang terjadi (analisis situasi);
 - Melakukan rapat koordinasi secara berkala

Pengorganisasian Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS)

Bagan Pengorganisasian Penyelenggaraan Layanan DKJPS menggambarkan mekanisme pengorganisasian penyelenggaraan layanan DJKPS mulai dari Pusat hingga ke fasilitas pelayanan kesehatan, baik dalam aspek tata kelola maupun teknis.



Gambar 16.2. Pengorganisasian DKJPS (Kemenkes, 2020)

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Masa Pandemi Covid

Kemenkes (2020), pada buku Dukungan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial Masa Pandemi COVID menyatakan bahwa dalam melaksanakan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial pada masa pandemi dilakukan pada masyarakat yang sehat, pada keluarga, pada penderita yang rentan (lansia), pada anak dan remaja serta pada petugas kesehatan. Selain itu pada masyarakat terbagi menjadi, pada mereka yang sehat, pada orang dalam pengawasan, pada orang dengan tanpa gejala, pada mereka yang mengalami karantina atau isolasi baik di masyarakat maupun di rumah sakit. (Covid-, n.d.)

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Orang Sehat Masa Pandemi Covid

Dukungan kesehatan jiwa dan psikososial pada orang sehat dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu;

1. Peningkatan Imunitas (Promosi kesehatan)

Peningkatan imunitas dapat dilakukan dengan cara peningkatan imunitas secara fisik diantaranya dapat diupayakan melalui makanan seimbang (karbohidrat, protein, sayur, buah-buahan yang mengandung vitamin dan mineral), jika diperlukan tambahan vitamin, minum yang cukup, orang dewasa minimal 2 liter per hari, Olah raga minimal 30 menit sehari, berjemur di pagi hari seminggu dua kali, tidak merokok dan tidak minum alkohol. Selain peningkatan imunitas fisik dapat juga dilakukan upaya peningkatan kesehatan jiwa dan psikososial.

Kondisi kesehatan jiwa dan kondisi optimal dari psikososial dapat tingkatkan dengan cara: a. Fisik rileks, b. Emosi positif, c. Pikiran positif, d. Perilaku positif, e. Relasi positif, d. Spiritual positif. Penjelasannya: Fisik rileks dengan cara tarik nafas dalam dan relaksasi otot progresif, emosi positif (*happiness, excitement, contentment*) seperti bernyanyi, menari, komunikasi yang menyenangkan pada sanak keluarga, teman melalui daring yang

berpengaruh terhadap *hypothalamic pituitary adrenal axis activation (decreased cortison)* dan *better health behavior* sehingga endorphin meningkat, imunitas meningkat, kepatuhan perawatn meningkat. Sebaliknya bila emosi negative dikarenakan stress, anxiety, depression akan terjadi menurunnya imunitas. Pikiran positif dengan cara menjauhkan dari informasi hoax, mengenang semua pengalaman yang menyenangkan, bicara pada diri sendiri tentang hal yang positif (*positive self-talk*), responsif (mencari solusi) terhadap kejadian. Hubungan sosial atau relasi yang positif dengan cara memberi pujian, memberi harapan antar sesama, saling mengingatkan cara-cara positif, meningkatkan ikatan emosi dalam keluarga dan kelompok, menghindari diskusi yang negatif, dan saling memberi kabar dengan rekan kerja, teman atau seprofesi dan secara rutin tetap beribadah di rumah atau secara daring (Budi et al., n.d.)

2. Pencegahan masalah kesehatan jiwa dan psikososial (Pencegahan Masalah Kesehatan)

Pencegahan masalah kesehaan jiwa dan psikososial dilakukan dengan cara pencegahan penularan penyakit dengan cara melakukan cuci tangan, menggunakan masker. Contoh pada kasus pandemi covid-19 maka pencegahan masalah kesehatan dengan cara jaga jarak atau *social distancing, physical distancing*, cuci tangan, pakai masker. Selain itu pencegahan masalah kesehatan jiwa dan psikososial dapat berupa Masalah kesehatan jiwa dan psikososial dapat berupa ketakutan, cemas, dan panik terhadap suatu masalah atau kondisi tertentu. Gejala awal yang terjadi adalah khawatir, gelisah, panik, takut mati, takut kehilangan kontrol, takut tertular, dan mudah tersinggung. Jantung berdebar lebih kencang, nafas sesak, pendek dan berat, mual, kembung, diare, sakit kepala, pusing, kulit terasa gatal, kesemutan, otot - otot terasa tegang, dan sulit tidur yang berlangsung selama dua minggu atau lebih

Ada beberapa pencegahan masalah kesehatan jiwa dan psikosial oleh individu, keluarga, tempat kerja dan lainnya yaitu;

a. Pencegahan masalah kesehatan jiwa dan psikosial oleh individu

Sikap mental menghadapi situasi pada individu dapat berupa:

1) Sikap Reaktif

Sikap mental yang ditandai dengan reaksi yang cepat, tegang, agresif terhadap keadaan yang terjadi dan menyebabkan kecemasan dan kepanikan.

2) Sikap Responsif

Sikap mental yang ditandai dengan sikap tenang, terukur, mencari tahu apa yang harus dilakukan dan memberikan respons yang tepat dan wajar. Sikap responsif yang tepat dan wajar dengan melakukan *Breathe, Assess, Action, Reflect* (BAAR). Penjelasan: *Breathe* yaitu Ambil waktu Tarik nafas dalam, duduk tenang untuk berpikir apa yang akan dilakukan, manfaatnya tidak berlebihan. *Asses* yaitu memastikan informasi yang didapat Valid dari sumber tepercaya. *Action* yaitu tetap tenang melakukan Tindakan yang sesuai anjuran dengan menilai resikonya. *Reflect* yaitu mengevaluasi apa yang sudah dilakukan dengan menilai situasi dan mempersiapkan respon berikutnya. (U.I, 2020)

b. Pencegahan masalah kesehatan jiwa dan psikosial dalam keluarga

Kegiatan keluarga yang konstruktif semakin menguatkan ikatan emosional dan keluarga semakin harmonis, dengan mengetahui masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, menciptakan suasana keluarga yang kondusif, menggunakan fasilitas pelayanan

Kesehatan yang tersedia. Kesehatan. Keluarga dapat merencanakan kegiatan 5B: belajar, beribadah, bermain, bercakap-cakap dan berkreasi bersama.

- c. Pencegahan masalah kesehatan jiwa dan psikososial di sekolah dan tempat kerja. Proses pembelajaran yang dilakukan secara daring dapat menimbulkan kebosanan/ kejenuhan, sehingga mengakibatkan meningkatnya stress pada anak didik. Sekolah dan kampus dapat mengorganisasikan proses pembelajaran yang menarik dan komunikatif seperti voice note atau video mengajar, pertemuan lewat daring yang santai dan fleksibel, serta dapat menggunakan surel dan media sosial.

Di tempat kerja, dibuat jadwal bekerja yang fleksibel, sehingga membuat lebih nyaman dalam bekerja untuk mencegah penurunan imunitas karyawannya. Pimpinan harus memiliki protokol standar kesehatan dan keselamatan dalam bekerja

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Orang dalam Pemantauan (ODP)

Penanganan yang diberikan untuk dukungan kesehatan jiwa dan psikososial pada Orang sehat dan OTG dapat pula dilakukan oleh ODP. Jika gejala tidak teratasi dapat menggunakan layanan online kesehatan jiwa yang tersedia di wilayah masing-masing. Dukungan keluarga untuk melakukandukungankesehatan jiwa dan psikosisal pada keluarga yang mengalami pemantauan pada masa pandemi COVID dapat melakukan:

1. Mempertahankan komunikasi rutin keluarga dengan ODP melalui media sosial.
2. Fasilitas kesehatan menyediakan media komunikasi antara ODP dan keluarga.
3. KIE untuk keluarga, termasuk diberikan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial OTG.

4. Memfasilitasi keluarga mengidentifikasi dan menghubungkan sumber-sumber di sekitar dalam memenuhi kebutuhan

Selain itu pelayanan Medis juga dapat melakukan dukungan kesehatan jiwa dan psikosisal pada orang dalam pemantauan (ODP) yaitu Pelayanan kesehatan jiwa dapat diberikan juga oleh dokter umum yang telah terlatih masalah kesehatan jiwa. Materi terkait pelatihan kesehatan jiwa untuk dokter umum dapat diambil dari modul pelatihan kesehatan jiwa untuk dokter umum yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Jika masalah atau gangguan kesehatan jiwa memerlukan rujukan, maka dapat dirujuk ke dokter spesialis Kedokteran Jiwa.(IASC, 2020)

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Anak dan Remaja

Pada masa pandemi COVID-19, fokus penanggulangan COVID-19 adalah pada deteksi, pencegahan dan respon, selain itu diperlukan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial untuk mencegah dan menangani masalah kesehatan jiwa pada anak dan remaja yang muncul akibat pandemi. Masalah kesehatan dan gangguan jiwa pada anak dan remaja yang mungkin mengalami peningkatan dan menyebabkan masalah Kesehatan masyarakat selama dan sesudah pandemi adalah:

1. Kecemasan
 2. Stres
 3. Gangguan emosi,
 4. Gangguan perilaku,
 5. Depresi
 6. Kecenderungan bunuh diri,
 7. Adiksi internet, dan
 8. Penyalahguna NAPZA serta
 9. Perilaku kenakalan atau kriminal anak remaja, serta meningkatnya kesulitan pada anak remaja dengan gangguan perkembangan dan gangguan jiwa berat.
-

Sementara itu pada anak dan remaja yang telah mengidap masalah kesehatan dan gangguan jiwa sebelumnya berpotensi putus minum obat disebabkan keterbatasan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan. Anak dan remaja yang tidak terinfeksi, suspek, Probable, dan kasus konfirmasi membutuhkan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial, agar tidak mengalami masalah kesehatan dan gangguan jiwa. Oleh karena itu Dinas Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan perlu melakukan layanan DKJPS.

Upaya promotif dan preventif kesehatan jiwa dan psikososial perlu dilakukan terhadap anak walaupun yang tidak terinfeksi karena anak tetap berisiko (rentan) mengalami stres dan berdampak pada masalah dan gangguan kesehatan jiwa dan psikososial. (Kemenkes, 2020)

Pada anak yang telah menderita masalah dan gangguan jiwa dilakukan DKJPS agar menjaga kesehatan jiwa tetap terkendali dan mencegah perburukan gejala. Upaya promotif dan preventif ini dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Puskesmas bekerjasama dengan semua pelaku dan pemerhati kesehatan jiwa di wilayah kerja. Upaya dilakukan dengan; Menyampaikan informasi yang edukatif bertujuan untuk menjaga kesehatan jiwa kepada keluarga, orang tua, pengasuh, pendamping serta anak dan remaja. Melalui berbagai saluran komunikasi. Komunikasi, informasi dan edukasi kesehatan jiwa dapat disampaikan melalui media massa, media sosial, guru sekolah, pekerja sosial, kader kesehatan, komunitas peduli kesehatan jiwa, organisasi profesi, pelayanan konsultasi kesehatan jiwa jarak jauh dan lain-lain.

1. Upaya pengobatan dan pemulihan masalah dan gangguan kesehatan jiwa dapat tetap dilakukan baik di puskesmas maupun di rumah sakit dengan memperhatikan protokol pencegahan COVID-19, namun dapat pula dilakukan secara jarak jauh menggunakan telemedicine: telekonsultasi, e-resep dan lain-lain.

2. Dinas kesehatan diharapkan membangun sistem rujukan dan program rujuk balik pengobatan dan pemulihan gangguan kesehatan jiwa antara rumah sakit dan puskesmas di wilayah kerjanya yang beradaptasi dengan tata normal baru(Kemenkes, 2020)

Daftar Pustaka

- Covid-, R. (n.d.). Keterampilan Psikososial Dasar.
- IASC. (n.d.). Catatan tentang aspek Kesehatan Jiwa dan Psikososial.
- IASC. (2020). Keterampilan Psikososial Dasar Panduan bagi Pekerja dalam Respon Covid-19. IASC. <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index>. www.who.int
- Kemenkes. (2020). Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) Pada Pandemi Covid. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI Tahun 2020. In Germas. Dirjend P2 P Kemenkes R.I.
- Kementerian Kesehatan R.I (2019).Pendoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19).
- Kemenkes. (2020). Protokol Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) Anak dan Remaja pada Masa Adaptasi Kebiasaan Baru Pandemi COVID 19. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI Tahun 2020. In Germas. Dirjend P2 P Kemenkes R.I.
- Keliat,dkk (2020) Mental Health and Psychosocial Support Covid-19: Keperawatan Jiwa.Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Keliat, A., Kp, S., & Sc, M. A. (n.d.). Psikososial Covid-19 World Health Day 2020.
- Keliat,B. A.,Hamid,A.Y.S.,dkk (2019) Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta:Penerbit Buku Kedokteran, EGC
- U.I, F. (2020). Mental Health And Psychosocial Considerations During The COVID-19.

Utami, dkk (2020). Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial Pada Pandemi Covid-19. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

WHO (2020) Mental Health And Psychosocial Considerations During The COVID-19 Outbreak

Profil Penulis



Sri Martini S.Pd, S.Kp, M.Kes

Penulis lahir di Pendopo P.T.S.I Pendopo Pali pada tanggal 13 Maret 1964. Penulis adalah anak ketiga dari tujuh bersaudara. Lulus tahun 2000 dari PSIK Unpad program B, melanjutkan pendidikan di Pascasarjana Universitas Sriwijaya Program studi Biomedik lulus tahun 2014. Penulis bekerja di Politeknik Kesehatan Jurusan Keperawatan Palembang dari tahun 1988 hingga sekarang. Penulis mengajar pada mata kuliah Biomedik dan Keperawatan jiwa. Penulis aktif sebagai anggota PPNI Palembang, sebagai anggota kepengurusan IKA Akper Dep.Kes Palembang, sebagai anggota APJI Propinsi Sumatera Selatan.

Penulis menulis bahan ajar praktek keperawatan jiwa, Biomedik, Komunikasi keperawatan, sebagai penulis besar harapan dapat bermanfaat

Email Penulis: srimartini5964@gmail.com

DOKUMENTASI KEPERAWATAN JIWA DAN UU KESEHATAN JIWA

Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep

Universitas Negeri Padang

Dokumentasi Keperawatan Jiwa

1. Definisi Dokumentasi Keperawatan Jiwa

Dokumentasi adalah sesuatu yang ditulis atau dicetak, kemudian diandalkan sebagai catatan bukti bagi orang yang berwenang dan merupakan bagian dari praktik profesional. Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Ali, 2010).

Dokumentasi keperawatan adalah suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang status kesehatan klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Potter dan Perry, 2013). Dokumentasi keperawatan adalah pengumpulan, penyimpanan dan desiminasi informasi guna mempertahankan sejumlah fakta yang penting secara terus menerus pada suatu waktu terhadap sejumlah kejadian (F.T Fisch Bach, 2009).

Keperawatan kesehatan jiwa adalah proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan

dan mempertahankan perilaku yang mengkontribusikan pada fungsi yang terintegrasi. Pasien atau sistem klien yang terintegrasi. Pasien atau sistem klien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi atau komunitas (Stuart Sundeen, 2016).

Keperawatan kesehatan mental dan psikiatri adalah suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya (Keliat, 2016). Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ada yang datang dari dalam sendiri perawat (intrinsik) dan ada yang datang dari luar diri (ekstrinsik). Faktor intrinsik dapat berupa : motivasi, pengetahuan dan kebutuhan. Motivasi atau dorongan merupakan suatu usaha untuk memenuhi kebutuhan yang harus terpenuhi .

Proses keperawatan pada klien dengan masalah kesehatan jiwa merupakan tantangan yang unik karena masalah kesehatan jiwa mungkin tidak dapat dilihat langsung seperti pada masalah kesehatan fisik, memperlihatkan gejala yang berbeda dan muncul oleh berbagai penyebab. Proses keperawatan merupakan sarana/wahana kerjasama perawat dengan klien, yang umumnya pada tahap awal peran perawat lebih besar dari pada peran klien, namun pada proses akhirnya diharapkan peran klien lebih besar daripada peran perawat, sehingga kemandirian klien dapat dicapai (Keliat, 2016)

2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan Jiwa

Berdasarkan penjelasan Ali (2010) mengenai tujuan dari dokumentasi asuhan keperawatan yaitu : menghindari kesalahan, tumpang tindih, dan ketidaklengkapan informasi dalam asuhan keperawatan ; terbinanya koordinasi yang baik dan dinamis antara sesama atau dengan pihak lain melalui dokumentasi keperawatan yang efektif; meningkatkan efisiensi dan efektifitas tenaga keperawatan ; terjaminnya kualitas asuhan

keperawatan; tersedianya perawat dari suatu keadaan yang memerlukan penanganan secara hukum; tersedianya data-data dalam penyelenggaraan penelitian karya ilmiah, pendidikan dan penyusun/penyempurnaan standar asuhan keperawatan; melindungi klien dari tindakan malpraktek.

Menurut Setiadi (2012), tujuan dari dokumentasi keperawatan jiwa yaitu :

- a. Sebagai sarana komunikasi : dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan, mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih bahkan sama sekali tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, membantu tim perawat dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya
- b. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat : sebagai upaya untuk melindungi klien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya maka perawat diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap klien
- c. Sebagai informasi statistik : data statistik dari dokumentasi keperawatan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasaranan dan teknis
- d. Sebagai sarana pendidikan : dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para mahasiswa keperawatan dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya baik secara teori dan praktik lapangan

- e. Sebagai sumber data penelitian : informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini ada kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan keperawatan yang aman efektif dan etis
- f. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan : melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan keperawatan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan.
- g. Sebagai sumber data perencanaan asuhan keperawatan berkelanjutan : dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup seluruh kegiatan keperawatan yang dilakukan melalui tahapan kegiatan proses keperawatan

3. Manfaat Dokumentasi Keperawatan Jiwa

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan hal wajib bagi profesi keperawatan dan dapat dipertanggungjawabkan baik dari aspek etik maupun hukum. Artinya dapat melindungi pasien sebagai penerima pelayanan dan juga melindungi perawat sebagai pemberi jasa pelayanan dan asuhan keperawatan. Nursalam (2011) mengatakan bahwa dokumentasi keperawatan memiliki makna yang penting dilihat dari berbagai aspek seperti

- a. Aspek hukum ; catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi misconduct yang berhubungan dengan profesi keperawatan sebagai pemberi jasa, maka dokumentasi dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan
- b. Kualitas pelayanan ; pendokumentasian data klien yang akurat dan lengkap, akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu

permasalahan klien dan juga untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan juga membantu meningkatkan kualitas (mutu) pelayanan keperawatan

- c. Komunikasi ; dokumentasi keadaan klien merupakan alat “perekam” terhadap masalah klien. Perawat dapat melihat dokumentasi yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan
- d. Keuangan ; asuhan keperawatan yang belum, sedang dan yang telah diberikan, didokumentasikan dengan lengkap dan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan klien
- e. Pendidikan ; dokumentasi menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dieprgunakan sebagai bahan atau referensi pembejalaran bagi peserta didik atau profesi keperawatan
- f. Penelitian : dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian, dimana mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan
- g. Akreditasi.; melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

4. Dokumentasi Proses Asuhan Keperawatan Jiwa

a. Pengkajian

Pengkajian sebagai tahap awal proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan

memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (self awareness), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif (Stuart & Sundeen, 2015) karena hal tersebut menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Oleh karenanya, dapat membantu pasien menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimilikinya. Stuart & Sundeen (2015) menyebutkan bahwa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki pasien adalah aspek yang harus digali selama proses pengkajian.

Secara lebih terstruktur pengkajian kesehatan jiwa meliputi hal berikut.

- 1) Identitas pasien
- 2) Keluhan utama/alasan masuk
- 3) Faktor predisposisi
- 4) Aspek fisik/biologis
- 5) Aspek psikososial
- 6) Status mental
- 7) Kebutuhan persiapan pulang
- 8) Mekanisme koping
- 9) Masalah psikososial dan lingkungan
- 10) Pengetahuan
- 11) Aspek medis

Data tersebut dapat dikelompokkan menjadi data objektif dan data subjektif. Data objektif adalah data yang didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan secara langsung oleh perawat. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara

lisan oleh pasien dan/atau keluarga sebagai hasil wawancara perawat. Jenis data yang diperoleh dapat sebagai data primer bila didapat langsung oleh perawat, sedangkan data sekunder bila data didapat dari hasil pengkajian perawat yang lain atau catatan tim kesehatan lain. Setelah data terkumpul dan didokumentasikan dalam format pengkajian kesehatan jiwa, maka seorang perawat harus mampu melakukan analisis data dan menetapkan suatu kesimpulan terhadap masalah yang dialami pasien (Yosep, 2016)

Pasien biasanya memiliki lebih dari satu masalah keperawatan. Sejumlah masalah pasien akan saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah (Keliat, 2015). Untuk membuat pohon masalah, minimal harus ada tiga masalah yang berkedudukan sebagai penyebab (*causa*), masalah utama (*core problem*), dan akibat (*effect*). Meskipun demikian, sebaiknya pohon masalah merupakan sintesis dari semua masalah keperawatan yang ditemukan dari pasien. Dengan demikian, pohon masalah merupakan rangkai urutan peristiwa yang menggambarkan urutan kejadian masalah pada pasien sehingga dapat mencerminkan psikodinamika terjadinya gangguan jiwa.

- 1) Masalah utama adalah prioritas masalah dari beberapa masalah yang ada pada pasien. Masalah utama bisa didapatkan dari alasan masuk atau keluhan utama saat itu (saat pengkajian).
- 2) Penyebab adalah sal satu dari beberapa masalah yang merupakan penyebab masalah utama, masalah ini dapat pula disebabkan oleh salah satu masalah yang lain, demikian seterusnya.
- 3) Akibat adalah salah satu dari beberapa akibat dari masalah utama. Efek ini dapat

menyebabkan efek yang lain dan demikian selanjutnya.

b. **Diagnosis**

Menurut Carpenito (2013), diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Pada rumusan diagnosis keperawatan yang menggunakan *typology single diagnosis*, maka rumusan diagnosis adalah menggunakan etiologi saja.

c. **Rencana Tindakan Keperawatan**

Rencana tindakan keperawatan terdiri atas empat komponen, yaitu diagnosis keperawatan, tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan berfokus pada penyelesaian masalah (P). Tujuan ini merupakan rumusan kemampuan pasien yang harus dicapai. Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai setiap tujuan khusus. Rencana tindakan yang digunakan di tatanan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia. (Kozier, 2010)

Standar keperawatan Amerika menyatakan terdapat empat macam tindakan keperawatan, yaitu (1) asuhan mandiri, (2) kolaboratif, (3) pendidikan kesehatan, dan (4) observasi lanjutan. Tindakan keperawatan harus menggambarkan tindakan keperawatan yang mandiri, serta kerja sama dengan pasien, keluarga, kelompok, dan kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa yang lain. Mengingat sulitnya membuat rencana tindakan pada pasien gangguan jiwa, mahasiswa disarankan membuat Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan, yang berisi tentang proses keperawatan dan strategi pelaksanaan tindakan

yang direncanakan. Proses keperawatan dimaksud dalam Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan ini adalah uraian singkat tentang satu masalah yang ditemukan, terdiri atas data subjektif, objektif, penilaian (*assessment*), dan perencanaan (*planning*) (SOAP). Satu tindakan yang direncanakan dibuatkan strategi pelaksanaan (SP), yang terdiri atas fase orientasi, fase kerja, dan terminasi.

Dengan menyusun Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan, mahasiswa diharapkan tidak mengalami kesulitan saat wawancara atau melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien gangguan jiwa. Hal ini terjadi karena semua pertanyaan yang akan diajukan sudah dirancang, serta tujuan pertemuan dan program antisipasi telah dibuat jika tindakan atau wawancara tidak berhasil.

d. Implementasi Tindakan Keperawatan

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan. Saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan terkait dengan standar tindakan yang telah ditentukan dan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan. (Keliat, 2016)

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ada dua macam, yaitu (1) evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan (2) evaluasi hasil atau sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan. (Stuart & Sundeen, 2015)

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut.

- 1) S: respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- 2) O: respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- 3) A: analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.
- 4) P: tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa hal sebagai berikut.

- 1) Rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah).
- 2) Rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil belum memuaskan).

Undang - Undang Kesehatan Jiwa

UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa diberlakukan dan diundangkan dalam Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, dan Penjelasan atas Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa ditempatkan dalam Tambahan

Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571 oleh Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Amir Syamsudin pada tanggal 7 Agustus 2014 di Jakarta.

Dasar Hukum Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa ini adalah Pasal 20, Pasal 21, Pasal 28H ayat (1), dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

Dalam Penjelasan atas Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa secara umum disebutkan bahwa Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menjamin setiap orang dapat hidup sejahtera lahir dan batin serta memperoleh pelayanan kesehatan dengan penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Tujuan pembangunan kesehatan yang hendak dicapai yaitu terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Untuk mencapai tujuan tersebut, perlu dilakukan berbagai upaya kesehatan termasuk Upaya Kesehatan Jiwa dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya Kesehatan Jiwa harus diselenggarakan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

Pelayanan Kesehatan Jiwa bagi setiap orang dan jaminan hak Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) belum dapat diwujudkan secara optimal. Hak ODMK dan ODGJ sering terabaikan, baik secara sosial maupun hukum. Secara sosial masih terdapat stigma di masyarakat sehingga keluarga menyembunyikan keberadaan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Hal ini menyebabkan terbatasnya akses ODMK dan ODGJ terhadap layanan kesehatan. Sedangkan secara hukum, peraturan perundang-undangan yang ada belum komprehensif sehingga menghambat pemenuhan hak ODMK dan ODGJ.

Selain itu, belum optimalnya pelayanan Kesehatan Jiwa secara tidak langsung memengaruhi tingkat keberhasilan pembangunan kesehatan. Sebagian besar ODGJ mengalami penurunan kesehatan secara fisik yang akhirnya menurunkan produktivitas, baik dalam bekerja

maupun dalam beraktivitas sehari-hari. Secara keseluruhan gangguan Kesehatan Jiwa memengaruhi Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia dan meningkatkan beban dana sosial untuk kesehatan masyarakat.

Undang-Undang tentang Kesehatan Jiwa dimaksudkan untuk menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu Kesehatan Jiwa; menjamin setiap orang dapat mengembangkan potensi kecerdasan; memberikan perlindungan dan menjamin pelayanan Kesehatan Jiwa bagi ODMK dan ODGJ berdasarkan hak asasi manusia; memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif; menjamin ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya dalam Upaya Kesehatan Jiwa; meningkatkan mutu Upaya Kesehatan Jiwa sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; dan memberikan kesempatan kepada ODMK dan ODGJ untuk dapat melaksanakan hak dan kewajibannya sebagai Warga Negara Indonesia.

Undang-Undang tentang Kesehatan Jiwa ini memuat 10 BAB dan 91 Pasal:

1. Ketentuan Umum;
2. Kesehatan Jiwa;
3. Sistem Pelayanan Kesehatan Jiwa;
4. Sumber Daya dalam Upaya Kesehatan Jiwa;
5. Hak dan Kewajiban;
6. Pemeriksaan Kesehatan Jiwa;
7. Tugas, Tanggung jawab, dan Wewenang;
8. Peran serta Masyarakat;
9. Ketentuan Pidana dan
10. Ketentuan Penutup.

Latar belakang yang menjadi Pertimbangan terbitnya UU 18/2014 tentang Kesehatan Jiwa adalah:

1. bahwa Negara menjamin setiap orang hidup sejahtera lahir dan batin serta memperoleh pelayanan kesehatan yang merupakan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. bahwa pelayanan kesehatan jiwa bagi setiap orang dan jaminan hak orang dengan gangguan jiwa belum dapat diwujudkan secara optimal;
3. bahwa belum optimalnya pelayanan kesehatan jiwa bagi setiap orang dan belum terjaminnya hak orang dengan gangguan jiwa mengakibatkan rendahnya produktivitas sumber daya manusia;
4. bahwa pengaturan penyelenggaraan upaya kesehatan jiwa dalam peraturan perundang-undangan saat ini belum diatur secara komprehensif sehingga perlu diatur secara khusus dalam satu Undang-Undang;
5. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d, perlu membentuk Undang-Undang tentang Kesehatan Jiwa;

Daftar Pustaka

- Ali, Z. (2010). Dasar – dasar dokumentasi keperawatan . Jakarta: EGC
- Carpenito, L.J. 2013. Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Fischbach F. Dunning III MB.2009. A Manual of Laboratory and Diagnostic Test. 8th edition. Philadelphia Baltimore New York :Wolterskluwer Health.
- Keliat, B.A., Herawati N., Panjaitan R.U., dan Helena N. 2016. Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC.
- Keliat, Windarwati, Pawirowiyono, Subu (2016). Diagnosis keperawatan definisi dan klasifikasi 2015-2017. Edisi 10. Jakarta: EGC
- Keliat,B.A.(2016).Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Diterbitkan di Indonesia : Elsevier Singapore Pte Ltd
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, & Praktik. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2011). Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., Hall, A.M. (2013). Fundamentals of nursing. 8th ed.St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby
- Setiadi, (2012). Konsep & penulisan dokumentasi asuhan keperawatan, Graha Ilmu
- Stuart, G.W. dan Laraia, M.T. 2015. Principle and Practise of Psychiatric Nursing, 8th Edition. Elsevier Mosby Inc.
- Stuart, G. W. dan Sundeen S. J. 2015. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Jakarta : ECG.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa, Kementerian Sekretariat Negara RI, Bidang Politik Dan Kesejahteraan Rakyat

Yosep, H. Iyus., Titin Sutini, 2016. Buku Ajar Keperawatan Jiwa Bandung: PT. Refika Aditama

Profil Penulis



Debby Sinthania, lahir di Padang, Sumatera Barat pada tanggal 25 Agustus 1990. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Padang, lulus tahun 2010, pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Andalas, lulus tahun 2013. Penulis melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Andalas, lulus tahun 2015. Penulis merupakan Dosen Tetap di Fakultas Psikologi dan Kesehatan Universitas Negeri Padang. Penulis memiliki kompetensi di bidang Keperawatan khususnya Keperawatan Jiwa, Keperawatan Komunitas & Keluarga serta Keperawatan Gerontik.

Email Penulis: debby.sinthania@fik.unp.ac.id / sinthaniadebby@gmail.com

- 1 TREN ISU DAN KONSEP KEPERAWATAN JIWA
Ns. Yosef Andrian Beo, M.Kep
- 2 PENGGOLONGAN GANGGUAN JIWA DI INDONESIA
dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ
- 3 PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN JIWA DI INDONESIA
Ns. I Dewa Gede Candra Dharma, S.Kep., M.Kep
- 4 TERAPI MODALITAS DAN TERAPI JIWA
Ahmad Guntur Alfianto, S. Kep., Ners, M. Kep.
- 5 KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA
Dr. Ira Kusumawaty, SKp., MKes., MPH
- 6 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN KELOMPOK KHUSUS:
AUTISME PADA ANAK
Ns. Yunike S.Kep., M.Kes
- 7 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL
Ns. Angelina Roida Eka, M.Kep., Sp.Kep.J
- 8 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN BERBAGAI GANGGUAN JIWA
Sri Endriyani, S.Kep, Ners, M.Kep
- 9 TREND, ISSUE DAN KONSEP KEPERAWATAN KOMUNITAS
Leya Indah Permatasari, S.Kep., Ns., M.Kep
- 10 ETIKA, NILAI DAN PARADIGMA KEPERAWATAN KOMUNITAS
Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.
- 11 KONSEPTUAL MODEL KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN PROMOSI KESEHATAN
Any Zahrotul Widniah, S.Kep., Ns., M.Kep
- 12 PERAN DAN FUNGSI PERAWAT DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS
Ns. Claudia Fariday Dewi, M.Kep
- 13 TREND ISSU, KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA DAN ASUHAN
KEPERAWATAN KELUARGA
Elmi Nuryati, M.Epid
- 14 TREN ISU KEPERAWATAN GERONTIK DAN KONSEP ASUHAN
KEPERAWATAN GERONTIK
Ns Nurul Faidah, S. Kep., M. Kes
- 15 PROSES PENERAPAN ASUHAN KOMUNITAS DALAM PEMBELAJARAN
LAPANGAN
Ns. Ni Wayan Suniyadewi, S. Kep., M. Kes
- 16 DUKUNGAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL (DKJPS)
Sri Martini S.Pd., SKp, M.Kes
- 17 DOKUMENTASI KEPERAWATAN JIWA DAN UU KESEHATAN JIWA
Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep

Editor :

Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id



ISBN 978-623-362-332-2 (PDF)



9 786233 623322